

# 社團法人台灣臨床腫瘤醫學會專科醫師證書-展延(換證)申請書

申請日期： 年 月 日

姓 名		會員編號	
身分證字號		出生日期	
任職單位/ 科別		職 稱	
電 話		手 機	
E-mail			
通訊地址			
證書字號	台臨腫專醫證字第 號	發證與效期	

## CHECK LIST (請核對檢附文件並逐一打勾)

1. 符合臨床腫瘤專科醫師甄審辦法第十六條第一款，檢附下列證明文件：

- 展延申請表
- 台灣臨床腫瘤專科醫師證書影本
- 醫師執業執照影本(需含有效日期)
- 最近一年內二吋正面脫帽半身照片一張
- 展延證書費 2000 元劃撥收據影本

2. 符合臨床腫瘤專科醫師甄審辦法第十六條第二款，檢附下列證明文件：

- 展延申請表
- 台灣臨床腫瘤專科醫師證書影本
- 醫師執業執照影本(需含有效日期)
- 論文影本(請另列表格載明申請人、題目、作者、期刊名稱與章節)、JCR 排序影本
- 最近一年內二吋正面脫帽半身照片一張
- 展延證書費 2000 元劃撥收據影本

臨床腫瘤專科醫師甄 審辦法 第十六條	申請再審時，需合乎下列條件之任一項，並提出有關證件： 一、六年內修滿本學會核定之繼續教育積分 150 分。 二、六年中發表癌症診治相關之 SCI 論文二篇以上(至少有一篇為第一作者或通訊作者)，需提出論文影印本或抽本。
--------------------------	---

請 勿 填 寫	審核者簽章			
	證書有效期間	自 年 月 日起至 年 月 日止		
	經本會甄審委員會審核通過，於 年 月 日核發証書			

※請郵寄至 104102 台北市中山區長安東路二段 169 之 12 號 5 樓 社團法人台灣臨床腫瘤醫學會收

TEL:02-2828-5502 FAX: 02-2828-5503 E-mail : tcos801229@gmail.com