

社團法人台灣臨床腫瘤醫學會專科甄審委員會-訓練計劃主持人申請表

申請日期： 年 月 日

申請人		會員編號	
身分證字號		出生年月日	
專證編號	台臨腫專醫證字第 號	證書起迄日	
服務醫院		服務單位	
現任職稱	※需檢附在職證明	E-mail	
通訊地址	□□□□□□		
聯絡電話	(O) (H)	手機	
部定主專科醫師證書號	※需附相關證明		
資格條件說明：擔任訓練計劃主持人資格需為本學會認證的專科指導醫師，且須符合以下任一條件 ※需附臨床腫瘤專科醫師證書證明			
<input type="checkbox"/> 具部定副教授(含)以上 <input type="checkbox"/> 是，證書字號： ，取得日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否 ※需檢附證明			
<input type="checkbox"/> 擔任腫瘤治療相關專科主治醫師且從事教學工作(十年以上)，表格不敷書寫請以附件說明 ※均需附相關證明文件			
服務醫院/單位		職稱	起迄年月日
<input type="checkbox"/> 主任級以上的職位之經歷			
服務醫院/單位		職稱	起迄年月日

申請時應檢附之文件 Check List：(請務必核對檢附文件)

- ☐ 「訓練計劃主持人申請表」申請書
- ☐ 服務單位在職證明正本
- ☐ 衛福部認可之部定主專科醫師證書影本
- ☐ 臨床腫瘤專科醫師證書影本
- ☐ 部定副教授(含)級以上證書影本
- ☐ 擔任腫瘤治療相關專科主治醫師且從事教學工作十年以上證明文件
- ☐ 主任級以上職位之經歷證明文件

申請資料請依 Check List 依序編排寄至：

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

審查結果：**(以下申請人請勿填寫)**

☐ 通過 ☐ 不通過

委員意見：

委員簽章：

最近一年內二吋正
面脫帽半身
相片一張

經本會專科甄審委員會審核通過，於 年 月 日核定

1130510 版本