

社團法人台灣臨床腫瘤醫學會「臨床腫瘤專科醫師」申請書

申請日期：

專証編號：

中文姓名：	會員編號：	照片 2 吋一張 浮貼此處 另附一張
英文姓名： (正楷大寫)	身份証號：	
畢業學校／年度：		
通訊地址：		
E-mail：		
聯絡電話：(公) (宅)		
行動電話：	職稱：	
服務單位/科別：		
請擇一填寫申請資格：		
<input type="checkbox"/> 直接認證：持有立案之國內外腫瘤專科醫學會所頒發之專科醫師證書，或符合第三章甄審資格第三項，並經甄審委員會審查合格者。 (一) 持有立案之國內外腫瘤專科醫學會所頒發之專科醫師證書： **需檢附專科醫師證書影本**		
(二) 第三章甄審資格第三項：在區域教學醫院（含）以上從事該專科領域腫瘤診治相關業務滿七年或以上。且過去五年內曾在國內外 SCI 雜誌刊登腫瘤相關論文二篇（含）以上為第一作者或通訊作者。論文至少要有一篇為該類別排名前 50%。 **需檢附在職證明、投稿抽印本或影本**		
<input type="checkbox"/> 符合第三章甄審資格第一項：取得衛福部認可之部定主專科醫師證書資格，並由各醫院經本會認定之專科指導老師二人訓練及報備學會滿二年，且完成學會規定之核心課程：即臨床腫瘤學、基礎腫瘤學、次專科腫瘤學。並經考試及格者。 **需檢附考試及格證件影本**		
腫瘤專科証書：		
1、_____	核發年度：	證書字號：
2、_____	核發年度：	證書字號：
※本欄僅限以“直接認證”之申請人填寫		
申請時應繳附證件 Check List: (請核對檢附文件並逐一打勾)		
<input type="checkbox"/> 「臨床腫瘤專科醫師」申請書 <input type="checkbox"/> 一年內二吋正面脫帽半身光面彩色照片二張（一張粘貼於本表，另附一張供印製證書使用） <input type="checkbox"/> 甄審報名費 1000 元，請以郵局劃撥繳交，並附上收據影本。 <input type="checkbox"/> 衛福部認可之部定主專科醫師證書影本乙份		
郵政劃撥帳號：50042097 戶名：社團法人台灣臨床腫瘤醫學會		
申請資料請寄至：104102 台北市中山區長安東路二段 169 之 12 號 5 樓台灣臨床腫瘤醫學會收		
經第	屆第	次理監事會審核通過
年	月	日核發証書