

# 社團法人台灣臨床腫瘤醫學會專科甄審委員會-專科醫師臨床訓練機構申請書

申請日期： 年 月 日

醫療機構名稱			
通訊地址	□□□□□□		
院長簽章	※請務必簽名及蓋章		
訓練計畫 主持人簽章	※請務必簽名及蓋章		
訓練計畫主持人 任職單位/職稱	※需檢附在職證明	E-mail	
承辦人		承辦人手機	
承辦人 現任單位/職稱		承辦人聯絡電話	(O) (H)
承辦人 E-mail			
<p>資格條件說明：臨床訓練之醫療機構應具備下列資格- ※均需檢附相關證明</p> <p>一、須涵蓋(腫瘤)內科(註1)、(腫瘤)外科(註2)、放射腫瘤科、影像醫學科及病理科等專科醫療服務。</p> <p>註1.(腫瘤)內科：腫瘤內科或癌別相關內科任一即可。</p> <p>註2.(腫瘤)外科：腫瘤外科或癌別相關外科任一即可。</p> <p>二、須為衛福部評定之醫學中心或通過國健署癌症診療品質認證之教學醫院。</p> <p>三、須有相關腫瘤癌別指導醫師2名以上。</p> <p>四、應具備完善訓練計劃並設有訓練計劃主持人一名，且訓練內容應涵蓋基礎腫瘤學及臨床腫瘤學。</p>			
衛生福利部醫院 評鑑評定類別			
評定合格文號			
有效期間起迄日	※需檢附相關影本文件		
國健署癌症診療 品質認證			
評定合格文號			
有效期間起迄日	※需檢附相關影本文件		
相關腫瘤癌別指 導醫師1			
相關腫瘤癌別指 導醫師簽章1	※請務必簽名及蓋章		
相關腫瘤癌別指 導醫師2			
相關腫瘤癌別指 導醫師簽章2	※請務必簽名及蓋章		
臨床訓練計畫書	※需檢附文件		

醫院負責人簽章		機關印信	
※請務必簽名及蓋章			

**申請時應檢附之文件 Check List：**(請務必核對檢附文件)

- ☐ 「專科醫師臨床訓練機構申請書」申請書
- ☐ 服務單位在職證明正本
- ☐ 臨床訓練之醫療機構證明 ※以下項目所列均需檢附相關證明
1. 相關專科醫療服務證明(腫瘤內科、腫瘤外科、放射腫瘤科、影像醫學科及病理科等)
  2. 衛生福利部醫院評鑑評定證明或國健署癌症診療品質認證證明影本
  3. 相關腫瘤癌別指導醫師(2名以上)之簽章
  4. 臨床訓練計畫書

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：**(以下申請機構請勿填寫)**

☐ 通過 ☐ 不通過

委員意見：

委員簽章：

經本會專科甄審委員會審核通過，於      年      月      日核定

1130510 本