

臺灣心臟胸腔暨血管麻醉科專科醫師證書

展延申請表

姓名: 中文	性別: ☐ 男 ☐ 女	會員編號:
英文	出生年月日: 年 月 日	
服務醫院:		
服務單位:		
通訊地址:		
電子信箱:		身分證字號:
醫師證書字號:		頒發日期: 民國 年 月 日
專科醫師證書字號: 中心麻專字第 號		頒發日期: 民國 年 月 日 效期截止日期: 民國 年 月 日
最近五年 服務醫院	醫院名稱	起迄日期
		年 月至 迄今
		年 月至 年 月
		年 月至 年 月
		年 月至 年 月
		年 月至 年 月
簽章:		填表日期: 民國 年 月 日
是否繳清常年會費: ☐ 是 ☐ 否 須繳年份: 展延甄審費及證書製作共 4000 元 *如專科醫師證照已過期者, 須另加 1000 元 手續費, 尚可恢復會員資格。 其他備註:		此欄由秘書處填寫 近 5 年學分合計: _____ 分 甄審結果: ☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 補件再審 專科醫師甄審委員會簽章: 日期: 民國 年 月 日

★心臟麻醉專科執照到期辦理展延填表說明★

1. 申請表請填寫完整並以中文正楷填寫，勿潦草塗改。

2. 請準備附繳下列證件、申請表：

☐ 畢業證書影本一份(縮印成 A4 大小)

☐ 醫師證書影本一份(縮印成 A4 大小)

☐ 麻醉專科證書影本一份(縮印成 A4 大小)

☐ 最近三個月內半身二吋相片二張（一張自貼報名表）

☐ 展延申請書

3. 郵寄至聯絡處: 70099 台南中正路郵局第 13 號信箱

臺灣心臟胸腔暨血管麻醉醫學會 收

4. 學會聯絡電話：06-2525047

電子信箱：tscvaanes@gmail.com