

中華民國復健科專科醫師甄審報名表

日期： 年 月 日

申請人	姓名		性別		出生	年 月 日	身分證號		
	醫院名稱							單位電話	
	醫院地址							住家電話	
	電子信箱							手機	
	通訊地址	□□□							
學歷	學校(院)名稱		系(所)名稱		入學日期		畢業日期		
					年 月 日		年 月 日		
					年 月 日		年 月 日		
經歷	專科訓練醫院		科別		開始日期		結束日期		
					年 月 日		年 月 日		
					年 月 日		年 月 日		
證書執照	醫師證書	領照： 年 月 日		字 號		執業地點 (區域)			
	執業執照	領照： 年 月 日		字 號					
	本國專科醫師	領照： 年 月 日		字 號		科別：			
	外國專科醫師	領照： 年 月 日		字 號		科別： 國別：			
歷屆甄審記錄	考試日期		結 果						
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不符報考資格	<input type="checkbox"/> 符合報考資格	<input type="checkbox"/> 筆試及格	<input type="checkbox"/> 筆試不及格	<input type="checkbox"/> 口試不及格			
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不符報考資格	<input type="checkbox"/> 符合報考資格	<input type="checkbox"/> 筆試及格	<input type="checkbox"/> 筆試不及格	<input type="checkbox"/> 口試不及格			
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不符報考資格	<input type="checkbox"/> 符合報考資格	<input type="checkbox"/> 筆試及格	<input type="checkbox"/> 筆試不及格	<input type="checkbox"/> 口試不及格			
<p>本人願依規定參加中華民國復健科專科醫師甄審，距考試日期 (年 月 日)，領有本國醫師證書已滿 年 月，且已在復健科專科醫師訓練醫院接受 年 月之復健科臨床訓練，並取得相關證明文件。本人已據實填寫報名表，若有錯填、誤填、漏填或不實證明文件，願受取消報名資格或考試結果之處分。特此聲明。</p> <p style="text-align: right;">申請人 _____ 年 月 日</p>									
<p>填表注意事項：請按表確實填寫，並附相關證明文件，至少包括： 1.畢業證書影本 2.醫師證書影本 3.執業執照影本 4.在職證明正本。 【4.在職證明正本說明：若為代訓，除了需提供原本醫院的在職證明，亦須提供代訓醫院之訓練證明正本】。 所附證件影本，必要時將要求提供正本。所附證件，一律存檔不予歸還。 (雙線以下欄位由學會填寫)</p>								照 片	
資格審查	領有醫師證書滿 年 月		專科醫師訓練滿 年 月		報考資格： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符				
考試結果	筆試	分	口試	分	專科證書	字號：	日期：	年 月 日	