

113 年神經外科專科醫師甄審申請表

姓名	中文		性別		出生日	民國	年	月	日	籍貫	
	英文										
通地	訊址								電話		
準會員號碼						入會時間					
E-mail						手機					
畢業學校名稱			畢業年月日		畢業證書字號			醫師證書字號			
其他 國內 學外 歷進 及修											
現職											
經歷 (請 詳 細 註 明 專 科 訓 練 之 類 別)	服務單位	科別	職位	起訖年月	一般訓練		專科訓練				

繳交證件	份數	備註
1.專科醫師甄審申請表		
2.中華民國醫師證書影本一份		
3.二吋半身脫帽照片三張（含申請書相片黏貼處一張）		
4.報名費劃撥影本一份		
5.醫學院校醫學系（科）畢業證書一份		第三點第一項第一款、第二款甄審者須繳交
6.歷年之神經外科手術記錄一份		
7.畢業後一般醫學訓練結訓證明影本一份		第三點第一項第一款甄審者須繳交
8.神經外科住院醫師臨床訓練排程表一份		
9.神經外科專科醫師訓練手冊正本一份		
10.神經外科住院醫師臨床訓練證明一份		第三點第一項第二款甄審者須繳交
11.經當地我國駐外單位驗證之外國神經科專科醫師證書影本（非英語系國家，請檢附中文譯本）		
12.原領有神經外科專科證書影本一份		第三點第一項第三款甄審者須繳交
13.111年或112年成績通知單或准考證影本一份		第三點第一項第四款或第五款甄審者須繳交
<p>此 致</p> <p>社團法人台灣神經外科醫學會</p> <p>申請人 (簽章)</p> <p>中華民國 年 月 日</p>		
<p>★ 此 欄 由 本 會 填 寫 ★</p>	<p>一、入會時間： 年 月 日</p> <p>二、準會員號：</p> <p>三、審查結果：<input type="checkbox"/>通過 <input type="checkbox"/>不通過</p> <p>四、專科醫師證書號碼：</p>	<p>(貼照片處)</p>