

**台灣長照醫學會專科醫師證書申請表 {2021.01 第八版}**

中文姓名		英文姓名	(護照上的名字)
出生年月日	民國    年    月    日	身份證字號	
醫師證書字號		執業執照字號	
執業醫院/診所		服務部門	
		服務職稱	
聯絡電話			
E-mail			
參加過的場次 (請確實勾選)	<input type="checkbox"/> 107/10/7(台北市立聯合醫院) <input type="checkbox"/> 107/11/18(台中中山醫學大學) <input type="checkbox"/> 107/12/16(台北榮總) <input type="checkbox"/> 108/1/20(高雄榮總) <input type="checkbox"/> 108/4/14(台北市立聯合醫院) <input type="checkbox"/> 108/5/5(屏東縣醫師公會) <input type="checkbox"/> 108/5/12(屏東縣醫師公會) <input type="checkbox"/> 108/12/8(台北市立聯合醫院) <input type="checkbox"/> 109/2/23(國立台北科技大學) <input type="checkbox"/> 109/3/8(國立台北科技大學) <input type="checkbox"/> 109/10/25(台北市立聯合醫院) <input type="checkbox"/> 110/1/10(馬偕紀念醫院)		
繳交文件 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 台灣長照醫學會專科醫師證書申請表 <input type="checkbox"/> 醫師證書正反面影本 <input type="checkbox"/> 醫師執業執照影本 <input type="checkbox"/> 最近一年內之二吋正面脫帽半身照片 2 張 <input type="checkbox"/> 醫師專科醫師證書影本(非必備)		
收據抬頭		收據統編	
收據寄送地址	(請務必填寫郵遞區號) □□□		
匯款人姓名或 帳號後五碼			
<p>『依個人資料保護法，請問您 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 同意個人姓名及執業單位列於本會網站公告之長照醫學專科醫師名單內，供長照醫學學術及推廣使用。』 同意人：_____ (請簽名)</p>			

- 請將以上資料郵寄至 103 台北市大同區民權西路 106 號 13 樓 /台灣長照醫學會收  
(電話：0902-377296 承辦人：游秘書)
- 證書申請費新臺幣 10,000 元，請自行匯款至學會帳戶。  
彰化銀行/中山北路分行(銀行代號:009)  
帳號：5081-0101-4006-00  
戶名：台灣長照醫學會劉伯恩
- 為利專科醫師證書寄發，請以正楷清楚並確實填寫申請表及聯絡地址，謝謝。