

台灣特殊需求者口腔醫學會 函

地址：802 高雄市苓雅區四維四路 199 號 7 樓

聯絡人：黃毓慧

電話：0929958966

傳真：07-2695961

電子郵件信箱：tadoh2002@gmail.com

受文者：中國醫藥大學 牙醫學系

發文日期：中華民國 110 年 09 月 03 日

發文字號：(110) 台特需銘字第 0017 號

速別：急件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：(免試甄審) 專科醫師甄審申請書、入會申請書

主旨：台灣特殊需求者口腔醫學會專科醫師甄審"免試"申請資格公告。

說明：

- 一、 需取得 PGY 資格，民國 99 年前畢業者得免。
- 二、 於衛生福利部示範中心或獎助醫院，已實際從事特殊需求者口腔醫療服務及照護，且能提出服務在職證明。
- 三、 曾在教學醫院擔任臨床教學工作(教學佐證)，且具教育部審定講師以上資格滿三年。
- 四、 於本學會專科醫師訓練機構完成特需牙科專科醫師訓練，且能提出佐證者。

收費：入會費 2,000 元、常年會費：2,000 元、甄審費：10,000 元，總計 14,000 元。

五、 佐證資料需由特殊需求者口腔醫療服務負責人或牙科部主任覆核。

六、 符合(四)人員，若有繳交常年會費，只需繳交甄審費 10,000 元。

七、 通過者未來需收取換證規費。

八、 提出免試甄審必須先成為本會正式會員，請務必提出正式會員申請，

附件為入會申請表：請附上醫事證書、最高學歷證書、在職證明電子檔。

九、 申請期限：即日起至 2021 年 9 月 17 日止。

十、 繳費資訊：劃撥帳號：19760121、戶名：台灣特殊需求者口腔醫學會。

正本：中國醫藥大學 牙醫學系

副本：台灣特殊需求者口腔醫學會

理事長

陳信銘

台灣特殊需求者口腔醫學會專科醫師甄審申請書 (免試甄審)

| | | | |
|--|--|---------|-----------------|
| 中文姓名 | 英文姓名 | 身份證字號 | 二吋脫帽照片 2張請浮貼 |
| 性 別 | 出生日期 | 牙醫師證書字號 | |
| <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | | |
| 聯 絡 電 話 | 公：() 分機： 宅：() 手機： | | |
| 學 歷 | | | |
| 經 歷 | | | |
| 現 職 | 單位： | 職稱： | |
| 通 訊 地 址 | 郵遞區號：□□□□□ | | |
| E-mail | | | |
| <p>請附上符合免試甄審之資格證明：(一)必備 (二)、(三)、(四)擇一</p> <p><input type="checkbox"/> 一、需取得PGY資格，民國99年前畢業者得免。</p> <p><input type="checkbox"/> 二、於衛生福利部示範中心或獎助醫院，已實際從事特殊需求者口腔醫療服務及照護，且能提出服務在職證明。</p> <p><input type="checkbox"/> 三、曾在教學醫院擔任臨床教學工作(教學佐證)，且具教育部審定講師以上資格滿三年。</p> <p><input type="checkbox"/> 四、於本學會專科醫師訓練機構完成特需牙科專科醫師訓練，且能提出佐證者。 收費：入會費2,000元、常年會費：2,000元、甄審費：10,000元，總計14,000元。</p> <p><input type="checkbox"/> 五、佐證資料需由特殊需求者口腔醫療服務負責人或牙科部主任覆核。</p> <p><input type="checkbox"/> 六、符合(四)人員，若有繳交常年會費，只需繳交甄審費10,000元。</p> <p><input type="checkbox"/> 七、通過者未來需收取換證規費。</p> <p style="text-align: center;">申請期限：即日起至2021年9月17日止。</p> | | | |
| *此欄位由學會填寫 | | | |
| 1. 會員編號： | 入會日期：_____年_____月_____日 | | |
| 2. 會費繳納： | <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清，尚欠_____年度會費計新台幣_____元。 | | |
| 3. 審查結果： | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，原因_____ | | |
| <p>申請人：_____ (簽名或蓋章)</p> <p>中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> | | | |

本會會址：802高雄市苓雅區四維四路199號7樓 · 電話0929-958966 · E-mail : tadoh2002@gmail.com

台灣特殊需求者口腔醫學會入會申請書

申請日期： 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|--|-------------|--|------|
| 中文姓名 | 英文姓名 | 性別 | 出生日期 | 身份證號 | 會員編號 |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 女 男 | 年 月 日 | | |
| 會員資格 | <input type="checkbox"/> 正式會員 <input type="checkbox"/> 相關會員 <input type="checkbox"/> 贊助會員 <input type="checkbox"/> 榮譽會員 <input type="checkbox"/> 學生會員 | | | | |
| 最高學歷 | | | 類別 | <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 請附上醫事證書、最高學歷證書、 在職證明電子檔 | |
| 現職 | | | | | |
| 經歷 | 1. 2. 3. | | | | |
| 專長 | 1. 2. 3. | | | | |
| 可提供團體之服務 | 1. 2. 3. | | | | |
| 戶籍地址：□□□ 縣/市 鄉(鎮、市、區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 通訊地址：□□□ 縣/市 鄉(鎮、市、區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | |
| 電話(O)： | E-mail： | | | 主管簽章： | |
| 電話(H)： | | | | | |
| 手機： | | | | | |
| 審查日期 | | 審查結果 | | | |
| 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因 _____ | | | |
| 第 屆 第 次理事會議 | | | | | |
| 申請人： | | 簽章 | | | |
| 中華民國 年 月 日 | | | | | |
| 【照片】 | | | | | |