



# 台灣發炎性腸道疾病學會

## 發炎性腸道疾病專科醫師甄審申請表

中文姓名		英文姓名		身份證字號		二吋 正面脫帽半身照片
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	西元 年 月 日			
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (為利寄發證書，請填寫可收郵局掛號信件地址)					
聯絡電話	市內電話： 行動電話：			E-mail		
學歷	學位	學校名稱			系所	
	博士					
	碩士					
	學士					
現職	服務機構			職稱		
住院醫師 醫療訓練	(訓練醫院須為主管機關評鑑合格之教學醫院)					
	自 年 月 日 在 醫院 科服務，職位					
	自 年 月 日 在 醫院 科服務，職位					
合計共 年 月						
專科醫師 醫療服務	自 年 月 日 在 醫院 科服務，職位					
	自 年 月 日 在 醫院 科服務，職位					
	合計共 年 月					
證書字號	專科醫師證書字號： 字第 號					
	次專科醫學會會員證書字號： 字第 號					
	次專科醫學會會員證書字號： 字第 號					
申請人 簽名				填表日期	西元 年 月 日	
審核 (由本會填寫)	1. 收件日期 年 月 日			6. 甄審結果 <input type="checkbox"/> 已通過 <input type="checkbox"/> 未通過		
	2. 入會年度 年 會員編號			年 月 日		
	3. 已繳納當年度常年會費 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			第 屆第 次理監事聯席會		
	4. 積分核算點數共 點			7. 台灣發炎性腸道疾病專科證字第 號		
	5. 條件 <input type="checkbox"/> 已符合 <input type="checkbox"/> 未符合					

# 郵政劃撥繳費單

(請沿粗框剪下劃撥單，填入資料至郵局繳款)

98-04-43-04										郵政劃撥儲金存款單										◎寄款人請注意背面說明 ◎本收據由電腦印錄請勿填寫	
收款帳號	5	0	2	9	4	5	4	1	金額	億	仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元	郵政劃撥儲金存款收據		
通訊欄(限填本次款項用途)									收款戶名		社團法人台灣發炎性腸道疾病學會									收款帳號戶名	
<input type="checkbox"/> IBD 專科醫師甄審費 (NT\$500)  收據抬頭：									寄款人 <input type="checkbox"/> 他人存款 <input type="checkbox"/> 本戶存款		姓名：_____ 地：□□□-□□□ 址：_____ 電話：_____ 主管：_____ 經辦局收款章戳									存款金額	
											虛線內備供機器印錄用請勿填寫									電腦紀錄	
																				經辦局收款章戳	

請列印次頁信封封面，將申請文件寄至：

台灣發炎性腸道疾病學會秘書處

(請列印本頁黏貼於信封封面上)

10048 台北市中正區公園路 15-2 號景福館 B109 室

台灣發炎性腸道疾病學會

秘書處 于小姐 收

聯絡電話：(02) 2314-6776

掛號郵資黏貼

寄件人：

地址：

聯絡電話：

**申請發炎性腸道疾病專科醫師甄審應檢附文件** (請自我查核申請文件是否齊全後以✓劃記)：

- 1、申請表
- 2、最近一年內 2 吋正面脫帽半身照片 2 張 (1 張請貼於申請表)
- 3、符合本會發炎性腸道疾病專科醫師甄審辦法第四條第二款之專科醫師證書 (影本)
- 4、甄審費用之郵政劃撥繳費收據 (影本)