

台灣亞洲植牙醫學會 研究員(Fellowship)申請表

會員編號:

入會日期: 年 月 日

姓名	中文		出生年月日		最近一年內兩吋正面 脫帽相片 兩張
	英文		身分證字號		
畢業學校					
牙醫師證號					
聯絡電話		(公)	(私)		

通訊處

學歷: _____ 學位: _____ 畢業日期: _____ 醫師證號 _____

經歷: _____

執業時間: _____ (2 年以上)

植牙教育學分:

本會 _____ 學分 其他學會 _____ 學分(附學分證明) 總計: _____ 學分

服務單位職稱:

申請資格

本會研究員符合下列條款資格者,得申請 APAID 研究員。

1. 須為本會會員且執業滿兩年以上醫師。
2. 兩年內修滿 APAID 認可之主、協辦國內外植牙再教育學分，達 32 個學分。
(主辦之學分每一學分為實得學分，若協辦或是其他學會之學分則減半計算)
3. 兩年內參加一次本學會年度大會或修完 APAID 舉辦之 APAID 研究員訓練課程。

此欄請勿填寫

1. 會費繳納: <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	牙醫師證書影本: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
2. 報名表填寫: <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全	植牙教育學分及訓練課程證明: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不足
3. 甄審費(1,000 元): <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	甄審委員初審: <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件
4. 證書費(6,000 元): <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	研究員證書領取: <input type="checkbox"/> 已領 ____年__月__日

申請人: _____ (簽名蓋章) 中華民國 ____年__月__日

收件日期: ____年__月__日 繳費日: ____年__月__日 承辦人: _____

甄審主委意見:

甄審主委簽名: _____ 日期: ____年__月__日

審查結果: ____年__月__日 第 ____屆 次 甄審委員會: 通過 復議