

台灣亞洲植牙醫學會 專科醫師(Diplomate)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: _____ (5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 ***

1. 須為本會會員且符合下列各款資格之一者:

- ① 執業滿五年之 APAID 研究員
- ② 國內外植牙相關專科醫師訓練完成 (牙周、鑲復、口腔外科)
- ③ 國內相關科別 (牙周、鑲復、口腔外科) 講師以上級別醫師
- ④ 本學會認定相關學會 (牙周、鑲復、口腔外科) 之專科醫師

2. 五年內修滿 APAID 認可之主、協辦國內外植牙再教育學分，達 64 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 專科醫師訓練課程。

*** 此欄請勿填寫 ***

- | | |
|--|---|
| 1. 會費繳納: <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 | 牙醫師證書及畢業證書影本: <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. 筆試費(3,000 元): <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 | 口試費(3,000 元): <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 |
| 5. 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

