

台灣母胎醫學會 母胎醫學專科醫師認證申請書

申請日期：

姓名	(中文)	身分證字號	
	(英文)	會員編號	
服務單位		連絡電話	
電子信箱			
通訊地址			
資格審查	請勾選是否具有下列第1.2.3.4項及第5.6.7.8之一項所需資格並檢附各項證明文件：		
	資格條件	應附資料	符合
	<input type="checkbox"/> 1.具本會有效會員資格。	請填寫會員編號。	
	<input type="checkbox"/> 2.具中華民國醫師資格。	醫師證書影本。	
	<input type="checkbox"/> 3.具台灣婦產科專科醫師資格。	婦產科專科醫師證書影本。	
	<input type="checkbox"/> 4.參加本會舉辦之專業認證訓練課程。	由本會審查。	
具備以下資格之 <u>其中一項</u> ：			
<input type="checkbox"/> 5.三年內曾擔任國內外產科、母胎醫學、周產醫學相關研討會之講師或主持人。	5.提供會議議程或相關證明。		
<input type="checkbox"/> 6.三年內曾發表SCI產科、母胎醫學、周產醫學相關期刊，擔任論文第一作者或指導作者。	6.提供論文影本。		
<input type="checkbox"/> 7.三年內曾執行產科、母胎醫學、周產醫學相關研究計畫，擔任計畫主持人。	7.提供計畫案號及摘要。		
<input type="checkbox"/> 8.從事產科或母胎醫學相關臨床工作滿三年，現仍從事醫療服務。	8.提供臨床服務證明(文件請自學會網站下載)。		
簽名推薦	需由二位台灣母胎醫學會理監事或顧問推薦。		
	單位/職稱：	單位/職稱：	
審查費用	<input type="checkbox"/> 已轉帳 (帳號後五碼：_____) <input type="checkbox"/> 已匯款 (檢附證明)	收/核款人	
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：		
承辦人	秘書長	認證及課程委員會主委	理事長

※粗線框內由本學會填寫