

# 國內臨床實務訓練進修申請表

附件 6

一、基本資料：

中華民國 年 月 日

單 位：	級職：	相 片
中文姓名：	身分證字號：	
英文姓名：		
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	
籍貫：		

二、通訊方式：

電話（公）：（ ）	電話（宅）：（ ）
戶籍地址：	
通訊地址：	

三、學歷：

學 校 名 稱	院 所 科 系	起 迄 日 期	學 位
1.		年 月 日— 年 月 日	
2.			

四、醫院經歷：

機 構 名 稱	部 科 單 位	起 迄 日 期	職 稱
1.		年 月 日— 年 月 日	
2.		年 月 日— 年 月 日	
3.		年 月 日— 年 月 日	

五、曾進修經歷：

曾 經 進 修 科 別	進 修 項 目	起 迄 日 期	合 計
1.		年 月 日— 年 月 日	年 月
2.		年 月 日— 年 月 日	

六、擬進修內容（醫師請於備註欄加註：1. 專科住院醫師訓練或 2. 次專科醫師訓練 3. 短期專業訓練）：

進 修 醫 院	進 修 科 別	起 迄 日 期	備 註
		年 月 日— 年 月 日 為期 年	1 或 2 或 3

七、專業證照(含專科醫師證書)：

證 照 名 稱	證 照 字 號	證 照 名 稱	證 照 字 號
1.	醫字第 號	3.	
2.		4.	

填 表 人：

簽 章

直屬單位主管：

簽 章