

# 台灣急診醫學會

## 107 年臨床毒物學專科醫師甄審報名表

報名日期： 年 月 日

中文姓名		英文姓名																					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____年____月____日生 身分證號	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
現職	醫院/部門/科別：																						
資格	<input type="checkbox"/> 入會滿五年之急診專任醫師會員 (必要) 以下資格需具備二項以上 <input type="checkbox"/> 五年內 (提出申請臨床毒藥物專科醫師前五年) 曾發表第一作者或通訊作者毒藥物學相關 SCI 文章 original research, review article 一篇, 或 short report/communication, case report 二篇。 <input type="checkbox"/> 國內或國外臨床毒藥物學訓練/進修一年以上 (含一年) 並領有訓練/進修證明 (此訓練或進修機構本會認定之) <input type="checkbox"/> 曾任台灣急診醫學會毒化災委員會委員。 <input type="checkbox"/> 效期內 AILS 指導員。																						
(請填寫可收郵局掛號信件之地址)																							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																							
電話：(O) ( ) _____ 分機：_____ 行動電話：_____																							
Email：_____																							

二吋照片  
1 張實貼  
2 張浮貼  
  
背面請寫  
姓名、身分證號

最高學歷	學校		學位		獲得學位年/月	
					____年____月	
訓練經歷	訓練內容	訓練醫院	科別	期間		訓練計畫主持人
				自 年/月	至 年/月	
	臨床毒物學專科訓練					
	其他					

證明文件(粗框內由學會填寫)	件數	審核
醫師證書影本：醫字第_____號，民國_____年_____月_____日發證		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
主專科證書影本：_____科 效期：原始發證日民國_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
五年內以第一作者或通訊作者發表毒藥物學相關 SCI 文章 <input type="checkbox"/> original research、review article 一篇 <input type="checkbox"/> short report/communication、case report 二篇		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
臨床毒物學專科醫師訓練證明影本 訓練計畫(醫院/單位)名稱：_____ 訓練期間：民國_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

資格審查(粗框內由學會填寫)	審核
入會滿五年之急診專任醫師會員 (必要)【此項次由本會查核，勿需填寫】	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第_____屆台灣急診醫學會毒化災委員會委員	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
AALS 指導員 效期：民國_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

請隨表檢附：(1)甄審費劃撥收據影本  
(2)依規定應備證明文件

資格審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過
委員 1 簽章：_____
委員 2 簽章：_____