**中華民國血液病學會血液病專科醫師申請人專科訓練證明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 |  | 年齡 |  歲 | 出生 |  年 月 日 |
| 原服務單位 | 醫院名稱地址 |  | 科別 |  | 職位 |  |
| 到職時間 | 起 年 月 日迄 年 月 日 |
| 專科醫師訓練 | 醫院名稱 |  | 科別 |  | 職位 |  |
| 訓練期間 |  | 每星期受訓時數或天數 |  |
| 訓練內容：請勾選以完成訓練□ 血液型態學 □ 血液凝固學□ 骨髓檢查及判讀 □ 血庫作業□ 血液病患者之診治 □ 其他 |
| 訓練單位長官評語 | 評語:* 訓練完整結束，同意該員報考。 □ 未訓練通過，不同意該員報考。 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

主持人或指導醫師： 簽章： 年 月 日