**中華民國血液病學會血液病專科醫師甄試申請書**

P 1

會員編號：

姓名： 年齡： 性別：

現職：

申請血液病專科醫師之甄試（審），請自行勾選並確認下列文件及款項：

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 1.血液病專科醫師甄試（審）申請表乙份（表P2） |
| □ | 2.會員證明（履行本會義務者，入會滿一年，由本會查核即可） |
| □ | 3.內或兒科專科醫師證書（影本） |
| □ | 4.血液病專科訓練證明（正本）或以表P3取代。 |
| □ | 5.在職服務證明（正本） |
| □ | 6.取得國外專科醫師資格者，得提出有關證書影本。 |
| □ | 7.血液病學會繼續教育二年內積分四十分以上的證明（請由本會網站會員積分查詢印出） |
| □ | 8.參加學會所舉辦之學術演講會或血液病專科醫師訓練研習活動，口頭或壁報報告至少一次；國際血液病會議報告(EHA、JSH、ASH)可比照辦理。 |
| □ | 9.會訊投稿（99年度實施)，每年需投稿2篇，最少4篇，並應於受訓報備期間完成。   |  | | --- | | □ 篇數\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ 每篇1,200字以上  □ 每篇皆含圖或表 □ 註明文獻出處 | |
| □ | 10.另檢附二吋照片(1張請自行張貼在報名表、准考證) |
| □ | 11.甄試申請費用新台幣壹仟元整（郵政劃撥帳號：01001225；帳戶：中華民國血液病學會） |

本人確認提供申請書及相關資料完整無誤，若有資料不完整，本人明瞭將無法參與本年度血專甄審。本人親簽：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_

申請日期： 年 月 日

**中華民國血液病學會血液病專科醫師甄審申請表**

P2 TEST-NO:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 | | 中文： | | 年齡 | 歲 | | 性別 | |  | |
| 英文： | | 出生 | 民國 年 月 日 | | | | | |
| E-mail | |  | | 聯絡電話 | （ ）  手機： | | | | | 照  片 |
| 地址 | | □□□□□ | | | | | | | |
| 醫師證書： 民國 年 月 日 醫字第 號 | | | | | | | | | |
| 內/兒專證書證號： 其他證書： | | | | | | | | | |
| 學  歷 | 校 名 | | | | | 畢 業 年 度 | | 證 書 號 碼 | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| 現  職 | 醫（學）院名稱： 職位： 專任□ 兼任□ | | | | | | | | | |
| 醫（學）院名稱： 職位： 專任□ 兼任□ | | | | | | | | | |
| 醫（學）院名稱： 職位： 專任□ 兼任□ | | | | | | | | | |
| （雙線內資料由學會填寫）  1‧證件：已齊全□，未齊全□  2‧證件：已符合□，未符合□ | | | 審核結果：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 血液病專科醫師登記字號：中血專醫字 號 | | | | | | | |

**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**

P3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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：  □ 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 | | | | | | | | |
| 備註 |  | | | | | | | | |

主持人或指導醫師： 簽章： 年 月 日

**中華民國血液病學會血液病專科醫師申請人工作概況調查表**

P4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | 性  別 |  | | | | 年  齡 | | 歲（ 年 月 日 生） | | | |
| 通訊地址 |  | | | | | | | | | | | | | 電  話 |  |
| （專 任）  現在服務醫院 | |  | | | | | 職  位 | |  | | | | | 電  話 |  |
| 有關血液  疾病臨床工作 | 醫院  名稱 |  | | | | | | | | | | | | | |
| （科別）  所屬單位 |  | | | | | | 負責人  （主管） | | |  | | | | |
| 職位 |  | | | | | | 專業  人員數 | | | 醫師 | | 人 | | |
| 技術員 | | 人 | | |
| 每個月患者診治人數： | | 門診 | 人 | | | | | | | 住院 | | 人 | | |
| 其他臨床工作 | 醫院 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 職位 | 專任□  兼任□ | | | | | | | 科別  專長 | | | | | | |

填表人簽章： 日期： 年 月 日

P5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓練 | 醫 院 | 科別 | | 職位 | 起迄年月 | | 主持人 |
| 住  院  醫  師 |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 專科訓練 |  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 經  歷 |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 外國專科醫師 | 國名： 專科名稱： 及格年月： | | | | | | |
| 國名： 專科名稱： 及格年月： | | | | | | |
| 論  文  、  著  作 | 題 目 | | 作者（前三名、依序） | | | 雜誌（卷號、年度） | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |

申請人： 蓋章： 日期： 年 月 日