

中華民國大腸直腸外科醫學會
大直腸內視鏡技師認證申請表 (新申請)

姓 名	身分證字號	畢業學校	二吋光面照片 2 張
			(請伏貼，背面請寫姓名) - - - - - - - - - -
通訊住址	出生日期	畢業年期	
	年 月 日	民國 年	
聯絡電話	性 別	畢業學制	
() (O) () (H) 手機： E-mail:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 學士 <input type="checkbox"/> 五專、二專 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
醫技或護理證書字號	醫技 字第 _____ 號 <small>護理</small>		
中華民國大腸直腸外科醫學會 專科醫師推薦人簽章	1.		2.
臨床服務總年資	年	服務醫院關章	
大直腸內視鏡檢年資	年		
報 名 資 格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格		

請確認上述資料全部屬實無誤，並請 ☒ 確認已備妥下列資料：

1. ☐畢業證書影本

2. ☐身分證正反影本

3. ☐在職證明書正本

4. ☐合格證書影本(包含有效期內之 **BLS**、**ACLS**)

5. ☐二吋光面照片 **2** 張

6. ☐匯款後 5 碼 _____

7. 連同此申請書郵寄：

學會帳戶資料：

戶名：中華民國大腸直腸外科醫學會

銀行：合作金庫石牌分行 006

帳號：1427717004369

學會地址/連絡電話：

251404 新北市淡水區民生路 45 號 淡水馬偕紀念醫院 大腸直腸外科辦公室

TEL : 02-28085338