|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **中華民國大腸直腸外科醫學會**  **專科醫師訓練醫院申請表** | 附件三  申請表 按110.8.28內容  於113.1.18版面調整 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **醫院名稱：** | **聯絡人**  **(主任/主管)** | **姓　　名：**  **公務手機：**  **個人手機：**  **MAIL:** |
| **醫院地址：** | **行政/秘書** | **姓　　名：**  **醫院電話：**  **MAIL:** |

**一、衛生福利部教學醫院審定資格【請隨附衛福部核發證明】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **等級：** | **審定字號：** | **審定日期：** |

**二、大腸直腸外科專科門診**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **每週次數：** | **每次應診醫師平均數：** | **每次應診病例平均數：** |

**三、大腸直腸外科專科病床數**

|  |  |
| --- | --- |
| **共計床數：** | **佔全院病床數之百分比：** |

**四、大腸直腸外科論文【請隨附論文抽印本】 \*最近兩年內發表兩篇原著論文（至少一篇為本學會雜誌）。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **題目** | **醫學會雜誌名稱** | **雜誌** | | |
| **第幾卷** | **第幾期** | **第幾頁至第幾頁** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**五、大腸直腸外科病例統計**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **住院總數** | **平均**  **住院日數** | **大腸鏡**  **檢查次數** | **Colon & Rectum** | | **Anus** | |
|  |  |  | 1. Colon cancer |  | 1. Anal cancer |  |
| 2. Rectal cancer |  | 2. Hemorrhoid |  |
| 3. Diverticular disease |  | 3. Fistula |  |
| 4. Others |  | 4. Others |  |

**六、大腸直腸外科專科醫師**

**專任總人數：　　　　。　兼任總人數：　　　　。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **專任 會員編號、姓名** | | | | **大腸直腸外科主任簽章**    **醫院負責人簽章**  **填寫日期： 　　 年 　　　 月 　　　 日。** |
| 001 某某某  001 某某某  001 某某某 | 001 某某某  001 某某某  001 某某某 | | 511 某某某  001 某某某  001 某某某 |
| **兼任 會員編號、姓名** | | | |
| 001 某某某  001 某某某  001 某某某 | | 001 某某某  001 某某某  001 某某某 | 511 某某某  001 某某某  001 某某某 |

**七、上列資料全部屬實無誤。**