

專科醫師 (Diplomate) 申請表格

會員編號：

入會日期 年 月 日

姓名 (請寫正楷)	中文 英文	出生年月日： 身分證字號：	最近一年內 兩吋正面脫帽相片 二張
畢業學校			
牙醫師證號			
聯絡電話	(公) (宅)		
通訊處	□□□-□□		
e-mail			
學歷： _____ 學位： _____ 畢業日期： _____ 醫師證書號： _____ 經歷： _____ 執業時間： _____ (五年以上) 植牙教育學分(申請三年內180點以上)： <input type="checkbox"/> 本會 _____ 學分(申請前三年60點以上) <input type="checkbox"/> _____ 學分其他學會三年內(附學分證書) 總計： _____ 學分 服務單位職稱： _____			
申請資格 本會研究員符合下列條款資格者，得申請專科醫師考試。 一、本會之一般會員滿 2 年，領有牙醫師證書且實際執業 5 年以上，且於申請前 3 年內曾參加本會年會者。 二、申請前 3 年內，累積有關植牙相關繼續教育學分達 180 點以上，且其中 60 點須為本會主辦之學術活動。 三、已具備本學會研究員資格滿 1 年者。 四、經甄審委員會提名推薦，正式邀請曾任或現任本會認可之國內植牙相關專科醫師學會理事長，或教學醫院符合植牙訓練中心機構之牙科部主任，於本會主辦之學術活動，做 90 分鐘之專題演講，得於直接申請為本會之專科醫師資格。			
此欄請勿填寫 1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 植牙教育學分文件： <input type="checkbox"/> 足夠 <input type="checkbox"/> 不足 2. 報名表填寫： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全 輔導委員會初審： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件 3. 甄審費(20,000 元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 參加口試結果： <input type="checkbox"/> 通過 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 4. 證書費(10,000 元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 專科證書領取： <input type="checkbox"/> 已領 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
申請人：		(簽名蓋章)	
		中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
收件日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	繳費日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	承辦人：	
甄審主委意見：			
甄審主委簽名：		日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 西元： _____	
審查結果： _____ 年 _____ 月 _____ 日 第 _____ 屆 次		甄審委員會： <input type="checkbox"/> (通過) <input type="checkbox"/> (復議)	

台灣牙醫植體醫學會專科醫師 送審病例摘要總表

病例	病例屬性*	病人姓名	植體種植部位	手術前口內清晰照片	手術前環口、局部X光片	植牙手術中清晰照片	植牙手術後環口、局部X光片	贖復後口內清晰照片	贖復後環口、局部X光片	贖復一年以上環口、局部X光片	贖復一年以上口內清晰照片
1	GBR			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
2	GBR			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
3	GBR			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
4	全牙弓案例			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
5	全牙弓案例			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
6	副鼻竇增高術式			有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
7				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
8				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
9				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
10				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
11				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
12				有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

*符合條件為合併骨移植或骨引導再生術(GBR) 的病人應至少5例

* Socket Preservation 不能列入GBR Case

*多顆連續植體案例 至少須6例 包含全牙弓案例2例 (植體固持覆蓋式義齒可)

申請醫師簽名

日期