

TAID 研究員 (Fellowship) 申請表格

會員編號：

入會日期 年 月 日

姓名 (請寫正楷)	中文	出生年月日	最近一年內 兩吋正面脫帽相片 二張
	英文	身分證字號	
畢業學校			
牙醫師證號			
聯絡電話	(公)	(宅)	
通訊處	□□□-□□		
學歷：_____ 學位：_____ 畢業日期：_____ 醫師證書號：_____			
經歷： 執業時間：_____ (四年以上) 植牙教育學分(申請二年內60點以上)： <input type="checkbox"/> 本會 _____ 學分(申請前二年40點以上) <input type="checkbox"/> _____ 學分其他學會二年內(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 TAID 研究員。 一、本會之一般會員滿 1 年，領有牙醫師證書且實際執業 4 年以上，並於申請前 2 年內曾參加本會年會者。 二、本會之一般會員，已具備本學會所承認之國內、外的口腔植體研究員資格者。 三、本會之一般會員，且已具備本學會所承認之國內、外的口腔植體學會專科醫師有效資格，得以免研究員資格審查，直接申請本會研究員資格。 四、本會之一般會員，曾於教學醫院擔任植牙臨床相關教學，且具教育部審定講師以上資格滿 3 年者，得以免研究員資格審查，直接申請本會研究員資格。 五、申請前 2 年內，累積有關植牙相關繼續教育學分達 60 點以上，且其中 40 點須為本會主辦之學術活動。			
此欄請勿填寫 1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 牙醫師證書影本： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未附 2. 報名表填寫： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全 植牙教育學分證書： <input type="checkbox"/> 足夠 <input type="checkbox"/> 不足 3. 甄審費(5,000 元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 輔導委員會初審： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件 4. 證書費(3,000 元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 研究員證書領取： <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)	

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	膺復後口內清晰照片	膺復後環口、局部X光片		
1				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				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				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				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				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

(本人在此聲明所提交案例皆為本人親自完成)