



## 專科醫師申請流程

1. 每年7、8月間舉辦筆試一次。
2. 每年11、12月間舉辦口試一次（預定月份，並視申請情況調整次數）。
3. 至學會官方網站下載專科醫師申請表與相關表格。
4. 需繳交：1.專科醫師申請書。2.劃撥審查費用2萬元。
5. 收到參加筆試專科醫師筆試時間通知函。
6. 專科醫師筆試及格通知者將收到及格通知，與通知下次口試時間函。筆試未及格者將收通知信函告知，未及格者可至網站下載成績複查申請單。
7. 準備口試專科醫師上網站12案例送審總表下載，並參照規定格式整理12案例資料。
8. 寄送案例總表與光碟資料至各區分會，之後會收到專科醫師12案例資料送件收訖回函。
9. 12案例交由分會之輔導委員會初步審查（以格式、內容、規定為主要審查依據，治療計畫與手術技巧交由口試委員處理）。
10. 12案例書審未過者，將收到告知原因信函，或書審通過者，將收到安排口試時間通知專函。
11. 口試後，通過者將收到專科醫師口試通過通知函，並完成劃撥證書費新台幣1萬元。口試未通過者，將收到口試未通過者通知函，未通過者如有疑議可至網站下載成績複查申請單。
12. 最後將收到專科醫師授證通知書，參加大會晚宴授證。

# 附錄三 專科醫師申請表

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 一張
	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：_____ (五年以上) 植牙教育學分(申請三年內100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：_____			
<b>***申請資格***</b> 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100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。			
<b>***此欄請勿填寫***</b> 1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 2. 報名表填寫： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全 3. 甄審費(20,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清 4. 證書費(10,000元)： <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 輔導委員會初審： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件 參加口試時間： <input type="checkbox"/> 通過 日期：____年__月__日 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)	

# 附錄四 專科醫師送審病歷摘要總表

日期： 年 月 日

病歷	病歷屬性*	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	置復後口內清晰照片	置復後環口、局部X光片	置復一年以上環口、局部X光片	置復三年以上以上環口、局部X光片
1	GBR			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	GBR			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	GBR			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	全牙弓案例			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5	全牙弓案例			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6	副鼻竇增高術式			<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
9				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
12				<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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 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： 年 月 日

（本人在此聲明所提交案例皆為本人親自完成）