

台灣牙醫植體醫學會 函

會址：108 台北市萬華區西園路二段 300 號 8 樓
電話：02-23076829 傳真：02-23076986



受文者：專科醫師申請人

發文日期：中華民國 104 年 12 月 01 日
發文字號：(104) 台灣植體榮字第 008 號
附件：如後

主旨：本會謹訂於中華民國 105 年 01 月 16 日（星期六），舉行第四屆第 04 次專科醫師口試報告，敬請 查照後回覆。

說明：

- 一、 時間：中華民國 105 年 01 月 16 日（星期六） 09：30 ~ 17：30
- 二、 地點：台中南山人壽教育訓練中心 312 訓練教室（台中市烏日區成功西路 300 號）
- 三、 請依專科醫師申請辦法之規定申請口試，並備妥滿一年以上之植牙手術成功案例十二例。（詳細格式請參閱本文附件一）
- 四、 請自案例中自選二例製作成口試報告格式。（詳細格式請參閱本文附件二）
- 五、 請將備妥之報告案例，依您所屬區域於 103 年 08 月 04 日（星期一）前送至該區分會專科輔導委員會初審。（未先行送交初審者，不予參加此次口試報告）
- 六、 若此次口試報告準備不及，本會筆試及格保留三年資格，敬請於下次舉行口試時再申請。

正本：專科醫師申請人
副本：台灣牙醫植體醫學會秘書處

理事長

葉泰榮

專科醫師甄審委員會

吳逸民

附件三：

台灣牙醫植體醫學會專科醫師甄審委員會第四屆第**04**次
專科醫師申請口試報告 出席回覆單

時間：中華民國 105 年 01 月 16 日（星期六） 09：30 ～ 17：30

地點：台中南山人壽教育訓練中心 312 訓練教室（台中市烏日區成功西路 300 號）

出席： 備妥病例 出席應試 準備不及 下次應試

姓名：_____ 電話：_____

1. 敬請於 105 年 01 月 04 日（星期一）前，將回覆單回傳至各分會。

總會/北區：龔小姐（T）02-23076829 （F）02-23076986

中區：許小姐（T）04-24528711 （F）04-27076332

南區：劉小姐（T）07-5585177 （F）07-5585175

2. 參加此次口試醫師，敬請於 105 年 01 月 04 日（星期一）前，將病例備妥送交各分會專科醫師輔導委員會初審。

108 台北市萬華區西園路二段 300 號 8 樓

3. 未完成以上二點程序者，不予入場參加此次口試。敬請您配合作業！