

113 年度消化系外科受訓醫師提報名單

| 醫院名稱： | | 外科部主任、消化外科主任 或相關科別主任簽章： | |
|---------------------------------------|-----|----------------------------|---|
| 聯絡電話： | | 傳 真： | |
| 醫院地址： | | 填表日期： | |
| 受訓醫師名單（第三年、第四年及第五年住院醫師） ※ 請加填附件受訓醫師名單 | | | |
| 姓 名 | 職 稱 | 訓練期間 ○年○月○日~○年○月○日 | 備 註 (請勾選) |
| | | | <input type="checkbox"/> 已取得外科專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 尚未取得外科專科醫師證書 |
| | | | <input type="checkbox"/> 已取得外科專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 尚未取得外科專科醫師證書 |
| | | | <input type="checkbox"/> 已取得外科專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 尚未取得外科專科醫師證書 |
| | | | <input type="checkbox"/> 已取得外科專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 尚未取得外科專科醫師證書 |
| 指導專科醫師名單 | | | |
| 姓 名 | 職 稱 | 年 資 | 消化系外科專科醫師證書字號 |
| | | | 外消醫證字第 號 |
| | | | 外消醫證字第 號 |
| | | | 外消醫證字第 號 |
| | | | 外消醫證字第 號 |
| | | | 外消醫證字第 號 |

一、請填寫完畢，列印並蓋章，加蓋主管單位負責人章後傳真或 email，並將正本寄回本學會
FAX：(02) 2370-7687、EMAIL：tssgorg@gmail.com；tssg.org.2@gmail.com。

二、填表說明：

- 專任消化外科專科醫師基本要有 4 位，可訓練一名受訓醫師。每增加二位專科醫師可增加一位受訓醫師，名額沒有上限。如果書面資料送審的當年，訓練師資改變訓練名額也隨之增減。
- 本名單填表時，需加蓋主管單位負責人章。
- 本會在受訓醫師報名一年內，有權隨時抽查是否"現在從事消化外科工作"。有不實受訓醫師取消資格。指導專科醫師將喪失訓練資格。
- 本名單若不敷使用，請自行複印使用。
- 每年於 11 月份開始提報此份表格請於 112 年 12 月 31 日前寄回本學會。