

台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會

婦女泌尿(暨骨盆重建) 專科醫師申請書

會員編號: _____

申請人姓名 (正楷書寫)	中文： 英文：	本人六個月內 二吋脫帽半身正面 不修底片之照片 (電子檔亦可)	
身份證字號	生日：西元 年 月 日		
連絡電話	公務： 手機：		
通 訊 處	郵遞區號 □□□		
電子郵件信箱			
現職 限 2 項內	學 歷 限 2 項內		
經 歷 限 6 項內			
婦產科專科醫師 證書字號			

<p>婦女泌尿相關 訓練或經驗</p> <p>*詳辦法第參條 3.1 或 3.2 條文</p>	<p><input type="checkbox"/> 具有國內外婦女泌尿專科醫師資格，並繼續從事有關婦女泌尿之臨床工作二年以上，經本會 FUGA 婦泌專甄審委員會審查通過者。</p> <p><input type="checkbox"/> 於本會認可之教學醫院接受婦女泌尿之專科訓練滿二年者，且繼續從事於婦女泌尿之臨床工作。上述之訓練須經該訓練醫院訓練負責醫師（非指部門行政主管）證明。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他經驗(請自述)：</p>
---	---

<p>提供病歷影本 資料</p> <p>*需於五年內完成</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="338 1088 400 1142"></th> <th data-bbox="400 1088 1129 1142">項目</th> <th colspan="2" data-bbox="1129 1088 1473 1142">自我審查欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="338 1142 400 1285">1.</td> <td data-bbox="400 1142 1129 1285"> a.尿失禁手術（擔任主刀或第一助手之病例） b. 骨盆底建手術（擔任主刀或第一助手之病例） *a+b：30 例 </td> <td data-bbox="1129 1142 1299 1285"><input type="checkbox"/> 符合</td> <td data-bbox="1299 1142 1473 1285"><input type="checkbox"/> 不符合</td> </tr> <tr> <td data-bbox="338 1285 400 1384">2.</td> <td data-bbox="400 1285 1129 1384"> 尿路動力學判讀報告（完成判讀或監督下判讀）30 例 </td> <td data-bbox="1129 1285 1299 1384"><input type="checkbox"/> 符合</td> <td data-bbox="1299 1285 1473 1384"><input type="checkbox"/> 不符合</td> </tr> </tbody> </table>		項目	自我審查欄		1.	a.尿失禁手術（擔任主刀或第一助手之病例） b. 骨盆底建手術（擔任主刀或第一助手之病例） *a+b：30 例	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 不符合	2.	尿路動力學判讀報告（完成判讀或監督下判讀）30 例	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 不符合
	項目	自我審查欄											
1.	a.尿失禁手術（擔任主刀或第一助手之病例） b. 骨盆底建手術（擔任主刀或第一助手之病例） *a+b：30 例	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 不符合										
2.	尿路動力學判讀報告（完成判讀或監督下判讀）30 例	<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 不符合										

此 致

台灣福爾摩莎婦女泌尿醫學會

申請人： (簽名蓋章)

推薦人一： (簽名蓋章)

推薦人二： (簽名蓋章)

年 月 日