**社團法人台灣代謝及減重外科醫學會專科醫師展延申請表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | (中文) | 會員編號 |  | 照片黏貼二吋照片2張 |
| (英文) |
| 有效期間 | 民國 年 月 日至民國 年 月 日止 | 專科醫師證書字號 | 台代減外醫專字第 號 |
| 出生日期 | 民國 年 月 日  | 身分證號 |  |
| 戶籍地址 | □□□□□（請填寫郵遞區號） |
| 通訊地址(同上) | □□□□□（請填寫郵遞區號）  |  |
| 現職 | 服務醫院/科別 |  |
| 紙本證書(掛號)收件地址 |  |
| 聯絡方式 | 醫院電話/分機 |  | E-mail |  |
| 行動電話 |  | 傳真 |  |

請勾選以下需申請項目，並請檢附相關資料一併郵寄至學會會址

|  |  |
| --- | --- |
| 專科醫師展延申請 | **展延資格：**1. 需有每年二次以上參與國內外減重與代謝外科相關研討會。
2. 六年中至少有三年從事減重與代謝外科診療工作之證明。

**檢附:**1. 本申請表。
2. 符合展延資格所訂條件之證明文件。
* 服務證明(目前在職證明)。
* 最近2年內減重與代謝手術記錄(附3份手術記錄或論文發表、學會報告)。
* 每年二次以上參與國內外減重與代謝外科相關研討會證明。
* 最近一年內二吋正面脫帽半身照片兩張。
1. 請繳交換證工本費壹仟元整，且必須年費正常繳交者。

如有積欠未繳之常年會費，亦須繳清後方能換證。 |
| 匯款帳戶如下:(請務必註明"匯款人姓名"，匯款後請務必E-mail: tsmbs2012@gmail.com確認)銀行：中國信託商業銀行 北桃園分行(銀行代號822)戶名：社團法人台灣代謝及減重外科醫學會 帳號：864540141746 |
| 申請人(簽名) |  | 申請日期 | 年 月 日 |
| **審查結果 ** |  **□通過 □未通過** | **審查日期** | **年 月 日** |
| 地址：11031台北市信義區吳興街252號 152醫師辦公室 陳佩娟小姐收TEL：(02) 2737-2181轉3576、0970405049 E-mail: tsmbs2012@gmail.com |

社團法人台灣代謝及減重外科醫學會

專科醫師甄審繳費回覆單

服務單位：

姓名：

聯絡電話：

Email:

**一、繳費方式：**請匯款繳費後， email回覆單及匯款收據至秘書處tsmbs2012@gmail.com。

 匯入銀行：中國信託商業銀行北桃園分行

 銀行代號: 822

 帳號：864540141746

 戶名：社團法人台灣代謝及減重外科醫學會

**二、認證繳費項目：（請勾選）**

□證書換證費用1,000元

**三、開立收據：**

 抬頭：

 統一編號：

 寄送地址：□□□□□

 收件人：

|  |
| --- |
| 匯款收據黏貼處 |