

台灣醫院整合醫學醫學會

醫院整合醫學專科醫師甄審簡章

一、報名資格：曾參與衛福部「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」之專責主治醫師或經醫院提出證明從事醫院整合醫學臨床照護業務達一年以上，並取得106年、107年醫策會舉辦之「醫院整合醫學照護師資培訓課程」教育訓練時數滿40小時者。

二、台灣醫院整合醫學專科醫師甄審作業

1. 兩場擇一參加。

2. 第一場：

(1) 報到：108年1月5日下午 13:00-13:10

(2) 筆試：108年1月5日下午 13:10-14:00

(3) 口試：108年1月5日下午 14:00-17:00

(4) 地點：台大醫院2樓第二到第六會議室(臺北市中正區中山南路7號東址)

3. 第二場：

(1) 報到：108年1月6日下午 08:00-08:10

(2) 筆試：108年1月6日上午 08:10-09:00

(3) 口試：108年1月6日上午 09:00-12:00

(4) 地點：台大醫院2樓第二到第六會議室(臺北市中正區中山南路7號東址)

4. 筆試與口試場次：於12/26報名截止後三個工作天內以電子郵件通知，並公告於本會官網。

5. 甄審結果於108年1月8日(二)公布於台灣醫院整合醫學學會網站。

三、報名方式說明

1. 報名期間：即日起至12/26(二)前以郵寄方式繳交報名表(依戳章日期)

2. 甄審費用：新台幣5000元整。

3. 匯款資訊：

合庫006, 帳號:1346-717-036015, 戶名:社團法人台灣醫院整合醫學醫學會

郵政劃撥帳號:50415005, 戶名:社團法人台灣醫院整合醫學醫學會

4. 本次甄審作業不接受電話及現場報名，請掛號郵寄至地址：10002 台北市中山南路七號B4 社團法人台灣醫院整合醫學醫學會收

5. 報名時請備妥以下文件：

(1) 報名表

(2) 醫師證書影本

(3) 部定專科醫師證書影本

(4) 需檢附醫院在職證明，證明參與衛福部之「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」者或從事整合醫學臨床照護業務達一年(含)以上

(5) 匯款單據影本

請黏貼郵資

10002 台北市中正區中山南路7號B4
台大醫院

社團法人台灣醫院整合醫學醫學會 收

寄件人：

地址：

連絡電話：

左列請務必確實檢查資與內容後，

劃記「V」符號以利處理，檢附資料缺漏不全者，視同資格不符，恕不予受理。

檢附文件確認清單：

報名表

身分證影本

醫師證書影本

部定專科醫師證書影本影本

份

醫院在職證明

匯款單據影本

欲參加甄審日期，請勾選時段

01/05(六)	
下午	
01/06(日)	
上午	

社團法人台灣醫院整合醫學醫學會

醫院整合醫學專科醫師甄審報名表(個人)

一、基本資料

姓 名			身份證字號																
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日	民國 年 月 日生															
聯絡電話	辦公室：() 分機 ，手機：																		
電子信箱																			
服務機關																			
服務單位				職 稱															
專科訓練 (請附影本 證明)	_____專科證書，發證日期：____年__月__日																		
	證書字號：_____，有效期限：____年__月__日～____年__月__日																		
	_____專科證書，發證日期：____年__月__日																		
	證書字號：_____，有效期限：____年__月__日～____年__月__日																		
_____專科證書，發證日期：____年__月__日																			
證書字號：_____，有效期限：____年__月__日～____年__月__日																			
_____專科證書，發證日期：____年__月__日																			
證書字號：_____，有效期限：____年__月__日～____年__月__日																			
曾參與「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」，																			
計畫主持人：_____（親筆簽名或蓋章）																			
報名甄審本人：_____（親筆簽名或蓋章）																			
<ul style="list-style-type: none"> ● 未來 <input type="checkbox"/>願意 <input type="checkbox"/>不願意擔任醫院整合醫學專科研討會/訓練課程之講師 ● 未來 <input type="checkbox"/>願意 <input type="checkbox"/>不願意收到相關研討會或課程活動通知 																			

二、收據影本

三、身分證影本

身分證影本正面

身分證影本反面