

國立臺灣大學醫學院附設醫院院外醫事人員進修申請表

中文姓名：		照片黏貼處		
身分證字號：	出生年月日： 民國 年 月 日			
連絡電話： e-mail：				
戶籍地址：郵遞區號：()				
學歷： 學校 科系畢業		學歷修業起迄日： 民國 年 月 ~ 年 月		
經歷：	服務醫院名稱	科別	職別	起迄年月
擬進修單位： 進修內容：				
擬進修期間： 自民國 年 月 日起至 年 月 日止，為期 年 月				
推薦醫院：		地址：郵遞區號：()		
申請人簽章：				
直屬單位主管簽章：				
服務單位名稱：		服務單位電話：		

- ※ 醫師、牙醫師：請檢附畢業證書、醫師證書、執業執照、管制藥品執照、ACLS、PALS、NRP、BLS 及格證書等影本。
- ※ 其他各受訓人員：請檢附畢業證書、醫事人員專業證書、執業執照、ACLS、PALS、NRP、BLS 及格證書等影本。