**胸腔暨重症專科醫師證書補發申請**

109.10.30 版

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **請**  **人** | 中文姓名 |  | 請浮貼**2吋**證件照片 | |
| 英文姓名 |  |
| 身分證統一編號 |  |
| 出生年月日 | 民國　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 性別 | □男　　　　□ 女 |
| 連絡電話 |  | | |
| 現職單位/職稱 |  | | |
| 電子信箱 |  | | |
| 收件地址 | （請填寫可收掛號信件之地址） | | |
| **申請項目：**   * 補發專科證書（須繳交NT 1,000元證書費）   台胸學會證字第　　 號  證書到期日：民國 年 月 日   * 補發指導醫師專科證書（須繳交NT 1,000元證書費）   申 請 人： （簽章）  申請日期：　　 　年　　　月　　　日 | | | |
| **繳費方式：**   * 經由實體郵局窗口、郵局ATM、e動郵局app進行劃撥繳款   劃撥帳號：07937652，戶名：台灣胸腔暨重症加護醫學會   * 透過實體ATM轉帳或網路eATM轉帳程式，轉帳帳戶後五碼 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   轉入銀行代號：700，轉入帳號：700-0010-0793-7652 | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **審查紀錄（以下雙線欄內申請人請勿填寫）**  **審核簽章/收件日期：** | **備　　註：** |