外專換證申請表

請正楷填寫

會員號碼：　　證書號碼：外專醫字第　　號

姓　　名		出生日期	西元　　年　　月　　日
身份證號		英文姓名	
專長科別（外科系）請勾選	□一般外科 □消化外科 □骨科 □泌尿科 □神經外科 □整形外科 □小兒外科 □大腸直腸外科 □胸腔外科 □心臟血管外科 □急診醫學 □麻醉科 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿		
戶籍地址	縣、市　　鄉、鎮、市、區　　村、里　　鄰 路、街　　段　　巷　　弄　　號　　樓之		
執業院所			
院所地址	□□□□□		
院所電話	（　　）　　分機	院　所 專線電話	（　　）
現任職務		院所傳真	（　　）　　分機
通訊地址	□□□□□		
通訊電話	（　　）	手機號碼	① ②
證書寄達地　址	通過後，外專證書統一由衛生福利部**掛號**郵寄，請填寫希望證書寄達及可收件地址。 □□□□□		
電子郵件信箱	請勿草寫，如有數字、大小寫、底線等特別符號請註明。謝謝！		
換證費是否劃撥（請勾選）	換證費$3,000請至郵局劃撥，劃撥帳號：00143344，戶名：台灣外科醫學會，並註明會員號碼及姓名。 **劃撥前請確認是否已繳交，勿重複繳。無法確定，可來電學會查詢。** □是。已於　　年　　月　　日**劃撥**。（**非劃撥繳交請與學會聯絡**）□否。尚未劃撥		

◎填妥後請掛號郵寄或傳真(02)2746-7149至學會並電話確認。謝謝!