

台灣消化系外科醫學會機械手臂輔助手術

達文西系統指導醫師資格認證申請書

申請人中文姓名：	英文姓名(同護照)：
寄件(通訊)地址	
會員編號：	外消醫證字第 號
執業醫院：	聯繫電話：
服務機構代號：	Email：

初次認證申請

※請於下列符合條件處打勾※

☐ 必要條件：專科醫師到期日：_____ (請填寫日期格式：yyyy/mm/dd)
合格之消化外科專科醫師且達六年以上專科年資，並具備效期內之專科證書者。
須附證書影本。

☐ a. 已主刀使用相對應之機械手臂輔助手術系統執行消化外科手術達 20 例。
須附手術紀錄。

☐ 請附上二吋照片乙張。

☐ 請附上審查行政費新台幣 2,000 元劃撥存根/匯款證明。

☐ 已有其他醫學會核發之認證證書。須附證書影本。

更新認證申請

※請於下列符合條件處打勾※

☐ 必要條件：專科醫師到期日：_____ (請填寫日期格式：yyyy/mm/dd)
合格之消化外科專科醫師且達六年以上專科年資，並具備效期內之專科證書者。

以下 a、b 二項為必備項目：

☐ a. 六年內參與相對應之機械手臂輔助執行的消化外科手術達 20 例或以上。
須附手術紀錄。

☐ b. 六年內累計本會協同認證醫院及相關醫學會舉辦機械手臂輔助手術系統繼續教育達 24 小時。須附訓練證明。

☐ 請附上二吋照片乙張。

☐ 請附上審查行政費新台幣 1,000 元劃撥存根/匯款證明。

審查意見：☐ 通過
☐ 需補件

審查日期：
審查人簽章：