

台北區特約牙醫院所聘用實習醫師申請異動表

- 新申請
 離職 日期：_____ 變更 日期：_____ 異動項目：_____

實習醫師基本資料

| | | | |
|-----------|----|------|-------|
| 姓名 | 生日 | 性別 | 附兩吋照片 |
| 身分證字號 | | | |
| E-mail | | | |
| 聯絡電話 | | | |
| 戶籍地址 | | | |
| 現在地址 | | | |
| 畢業學校 | | 畢業日期 | |
| 畢業證書字號 | | | |
| 教育部審核通過字號 | | | |
| 實習時段 | | | |

實習醫療院所名稱(大小章):

負責醫師(簽章)或簽名：_____

負責醫師所屬公會：_____

指導醫師簽名及指導時段：1 _____ 時段_____

2 _____ 時段_____

3 _____ 時段_____

實習醫師簽名：_____

*檢附證件：

- 牙醫學歷畢業證書正本及(影本) 牙醫師學歷畢業證書影本 教育部審核通過證書

***退實習費時務必繳回原申請表**

中華民國 年 月 日此份證明僅供台北區審查分會備查用，並無具法律成效