

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 牙醫學歷畢業證書影本 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