

# 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)       醫院合格結業證書(實習證書)

**\*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

