

檔 號：  
保存年限：

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

收文日期	112.9.26
編 號	2768

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：戴惠子(02)25000133 轉 211

電子郵件信箱：artimis@cda.org.tw



受文者：詳如正本收受者

發文日期：中華民國 112 年 9 月 25 日

發文字號：牙全仁字第 00230 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：詳如說明

主旨：為鼓勵及促進 PGY 學員對於臨床案例之認識、了解及精進，本會擬舉辦「PGY 病例競賽」活動，詳如說明，敬請轉知所屬相關會員，敬請 查照惠辦。

說明：

- 一、凡現任為二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師畢業後綜合臨床醫學訓練計畫）（以下簡稱 PGY）之學員（以下簡稱 PGY 學員），或於報名截止日前二年結訓之 PGY 學員，均得報名參加。參賽病例限於 PGY 受訓期間內開始治療（不限 PGY 期間完成治療）之案例。
- 二、報名表及摘要，惠請於明(113)年 1 月 31 日前，以「掛號」逕寄本會，郵戳為憑，並請將電子檔逕 mail 至 artimis@cda.org.tw，逾時恕不受理，以利初審作業，敬請諒察，相關聯絡資訊如下：
  1. 本會地址：(104)台北市中山區復興北路 420 號 10 樓
  2. 聯絡人：戴惠子小姐
  3. 電話：02-25000133#211
- 三、檢附資料如下，如有任一項缺漏，恕難受理：
  1. 報名表正本乙份。
  2. 身分證影印本乙份。
  3. 病例摘要之報告內容以 PGY 學員親自完成之臨床病例為限。
- 四、完整病例相關數位檔案 PPT 檔，請於明(113)年 3 月 1 日前 email 提供。

五、檢附「PGY 病例競賽辦法」(詳如附件一)及「PGY 病例競賽一報名表」各乙份(詳如附件二),另公告於本會網站/本會資料庫/學術專區/牙醫 PGY 訊息(<https://www.cda.org.tw>)。

正本：基隆市牙醫師公會、台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、桃園市牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、台中市牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、高雄市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會、台中市大台中牙醫師公會

中華民國 107 年 12 月 21 日

理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定  
授權 教育學術會 主委 決行

# 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

## PGY 病例競賽辦法

110.03.28 14-03 教育學術委員會增修通過

110.09.26 14-06 理事會通過

111.06.19 14-09 理事會修訂通過

- 第一條 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會（以下簡稱本會）為鼓勵及促進 PGY 學員對於臨床案例之認識、了解及精進，特訂定本辦法。
- 第二條 凡現任為二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練計畫（牙醫師畢業後綜合臨床醫學訓練計畫）（以下簡稱 PGY）之學員（以下簡稱 PGY 學員），或於報名截止日前二年結訓之 PGY 學員，均得報名參加。
- 第三條 每年於本會會員代表大會辦理一次決賽，獲獎者，頒予獎狀及獎金於本會會員代表大會公開表揚。
- 第四條 由本會教育學術委員會下之 PGY 小組負責規劃及評選。評審委員由 PGY 小組推薦，由理事長提名，經理事會通過聘任之。
- 第五條 評分內容包括病歷摘要及口頭問答，口頭問答含表達能力 20%、學術知識 40%、技術與結果 20%，以及創新與貢獻 20%。
- 第六條 報告內容以 PGY 學員親自完成之臨床病例為限，分為初審及複審。  
初審：以書面審查之。前五名優勝者，進入複審。  
複審：每位口頭報告時間為 20 分鐘及接受質詢時間為 5 分鐘，共計 25 分鐘。
- 第七條 獎勵補助方案：特優 1 名-獎狀+獎金 NT\$10,000/名、優等 2 名-獎狀+獎金 NT\$5,000/名，佳作 2 名-獎狀+獎金 NT\$3,000/名。自行申請，本會辦理評審。
- 第八條 依本辦法報名參加者，應於每年公告後及申請期限 1 月 31 日截止前填具報名表，並於 3 月 1 日前檢附完整病例相關數位檔案資料乙份。
- 第九條 本辦法經本會理事會通過後施行，修正時亦同。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

PGY 病例競賽-報名表

壹、基本資料				(二吋照片)
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生年月日 (民國)	年 月 日	身份證號碼		
電子信箱				
通訊地址		聯絡電話	( ) <input type="checkbox"/> 同院所電話	
戶籍地址		手機		
最高學歷	學校— 系所—			
經 歷				
貳、服務院所單位資料				
院所名稱				
院所地址				
PGY 訓練 起始年月	民國 年 月	院所電話	( )	

注意事項

1. 請繳交報名者二吋半身脫帽照片 1 張，並黏貼於資料表上。
2. 請繳交身分證影印本或中華民國護照（正本）影印本乙份，及以上各附件。
3. 為便利評審委員會審查，請以正楷填寫，並繳交電子檔(請逕 mail 至本會信箱：artimis@cda.org.tw)。
4. 請於 113 年 1 月 31 日前填具報名表，並於 113 年 3 月 1 日前檢附完整病例相關數位檔案資料乙份。
5. 本表格電子檔可於本會網站(www.cda.org.tw)/學術專區/牙醫 PGY 相關訊息下載。

