|  |  |
| --- | --- |
| 中華民國大腸直腸外科醫學會  **達文西機械手臂輔助大腸直腸手術**  **指導醫師 自薦** 請以電腦輸入建檔  (114年3月27日修) | ↗  相片  請另外提供相片檔案  此區由行政人員處理 |
| 會員號碼： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 | （務必填寫） | 出生日期 | 民國 年 月 日 | 性別 | □男□女 |
| 英文姓名 | （務必填寫） | 身份證號 | （務必填寫） | | |
| 執業院所 | （務必填寫） | 科 部 | （務必填寫） | | |
| 院所地址  務必填寫 | 郵遞區號+地址 | | | | |
| 院所電話 | （ ） 轉 | 現任職務 | （務必填寫） | | |
| 通訊地址  可收信函或掛號  務必填寫 | 郵遞區號+地址 | | | | |
| 通訊電話 | （務必填寫） | LINE ID |  | | |
| 個人手機 | （務必填寫） | 工作手機 | （務必填寫） | | |
| 個人EMAIL | （務必填寫） | | | | |
| 工作EMAIL | （務必填寫） | | | | |
| 學歷 |  | | | | |
| 專長 |  | | | | |
| 現職 |  | | | | |
| 經歷 |  | | | | |
| 達文西  相關論文 | 未來如果有，可再補提供。 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審查一： | 審查二： | 審查三： |

最後審查日期：　　年　　月　　日