|  |
| --- |
| **中華民國大腸直腸外科醫學會**  100007 台北市中正區忠孝西路一段72號2樓706室  電話：02-23120150　專線：0981-656-500　E-MAIL: scrstw@gmail.com |

**「專科醫師證書」暨**

**「達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書」 換證注意事項**

114年2月27日 修

**醫師 你好～**

關換證一事，請詳閱「**教育學分認定辦法」**

　　本會專科醫師證書即將在～今年下半年到期者，可在今年七月起提出。

　　　　　　　　　　　　隔年上半年到期者，可在今年十月起提出。

　　若積分（學分）條件已符合學會要求，可先預備相關資料提供學會，以利行政作業！

**換證，請預備及注意：**

一、會員基本資料表（請用電腦建檔後1.列印寄回、2.E回WORD檔給予學會建檔備存。）

二、外科專科醫師證書（請掃描列印。勿用拍照）

三、1.中華民國大腸直腸外科醫學會-專科醫師證書（請掃描列印。勿用拍照）

　　2.達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書（請掃描列印。勿用拍照）

四、證件照片【專科醫師證書】2吋，兩張！

【專科醫師證書＋達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書】，證件照片2吋，三張！

五、專科醫師證書（紙本）　換證費用新台幣500元整。

六、專科醫師證書（紙本）＋達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書（電子檔），

　　換證費用新台幣1,500元整（500元+1,000元）。

　　備註一：達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書，

　　　　　　首次發放 與 專科醫師證書 到期日 一致，

　　　　　　之後證書換發 與 專科醫師證書 同時換發，且起訖日一致。

　　　　　　113年7月13日，第19屆第8次理監事會議通過。

　　備註二：達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書（電子檔）換證，

　　　　　　首次換證不收費用，第二次起換證開始收費，費用1,000元。

　　　　　　113年7月13日，第19屆第8次理監事會議通過。

七、1.銀行匯款、轉帳，請提供銀行帳號後五碼，以利查詢。

**2.若是到金融單位轉帳，請將匯款單複印，**

**提供影本，連同上述 一、至四、，一併寄回學會辦理。**

　　合作金庫銀行（石牌分行）　　銀行代號００６

　　戶名：中華民國大腸直腸外科醫學會

　　帳號：１４２７７１７００４３６９

**上述 一、至四、，共四項，紙本資料、相片準備好後，以掛號寄到。**

**100007 台北市中正區忠孝西路一段72號2樓706室**

**中華民國大腸直腸外科醫學會 陳怡靜 小姐 收**

秘書處 敬上

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 中華民國大腸直腸外科醫學會  **醫師會員基本資料表**  請以電腦輸入建檔  114年2月27日 修 | | ↗  證件相片請裝袋  釘夾在此處 | |
| 會員號碼： | 應換證日期： | | 累積學分： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | |
| 本次換證 | □ 專科醫師證書　照片2吋兩張；費用500元。  □ 專科醫師＋(首次換發)達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書　照片2吋三張；費用500元。  □ 專科醫師＋達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書　照片2吋三張！費用1500元。  達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書：□ 達文西，首發　　年　　月　　日。 | | | | |
| 備 註 | 響應【節省能源，愛護地球資源】（可複選）■  □ 願意以E-mail通知方式收取**學會資訊**，以替代紙本通知。  □ 願意收取學會雜誌電子檔（PDF），替代紙本印刷。  ＊ 勾選電子通知者，敬請將學會e-mail: **scrstw@gmail.com加入名單**，以免遭檔信，  　 此後將不再寄發紙本通知。  □ 仍希望收到紙本通知及雜誌。  □ **請提供繳交入會費日期與帳號後5碼，以利核對： 。**  □ **臨櫃繳款者，請影印匯款單，一併寄回。** | | | | |
| 寄出前請檢查相關資料及附件 | □ 醫師會員基本資料表、□ 外科專科醫師證書、□ 專科醫師證書、  □ 達文西機械手臂輔助大腸直腸手術證書、□ 費用（轉帳、匯款）、□ 相片（兩張或三張） | | | | |