

中華民國鑲復牙科學會
115 年度專科醫師甄審口試報名表

※報名日期 115 年 月 日
應試日期 115 年 10 月 17 日

姓 名	口 試 報 告 器 材	備 註
※必填	單槍投影機(僅適用 HDMI 線)	本會左列器材僅備乙部， 如不敷使用請自備應試。 例如電腦、雷射指示棒、 HDMI 轉接頭..等器材、敬 請自備。

請於 9月8日 前先傳真至本會 02-2546-9157 報名，並請於傳真後務必主動致電本會確認報名。

以下資料敬請填寫：(必填)

執業登記院所：_____【需附證明文件-執業執照或在職證明書】

訓練機構：_____

畢業學校：_____

聯絡電話：_____

行動電話：_____

E-mail：_____

通訊地址：_____

筆試通過年度：_____年

應考身份請選擇：

☐ 首次應考(3 個病例)

☐ 部分通過—_____年，應考部分通過病例：_____ (請填通過病例 ex. Case1、Case2、Case3)。

此次應考病例：_____ (請填 Case1、Case2、Case3)。

需附上鑲復補綴牙科專科醫師申請專科醫師文件檢核表—

請至學會網站下載專區自行下載填寫後與病例相關資料一併寄至學會。

<http://www.prosthod.org.tw/doc/1120323-8APD.pdf>

膺復補綴牙科專科醫師甄審口試內容準備登記表—初審

(1) 所有病例影像圖檔必須為依下列格式之完整病例。

(2) 病例報告之書面內容須製作成 power point 格式 (ppt 或 pptx) 或 keynote 格式。可參考學會官網會訊第十五卷第二期內容。

(3) 如病例內容或格式不符者，口試組得予以退回，不得參與口試甄審。

※口試醫師姓名：

送件日期：115 年 月 日

項目編號	應準備內容	初審結果及意見 (由本會口試組長填寫)
1	病例狀況名稱(第一次應考者須備齊如下三病例，始得報考) ☐ 病例一：上顎全口義齒及下顎雙側遠心端缺牙之膺復 ☐ 病例二：上顎前牙最少六個單位牙冠牙橋 ☐ 病例三：左或右同側上下顎對咬後牙缺牙之牙冠牙橋	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
2	治療前全口牙根尖 X 光片 (全口義齒病患則交 Panoramic Film) 或影像圖檔	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
3	治療前口內、外幻燈片：上、下顎咬合面觀、中心咬合及下顎前突位置之正面觀及左右兩側之側面觀等。如病患有活動義齒時，需要包括配戴活動義齒及沒有配戴時之幻燈片或影像圖檔	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
4	臨床操作之主要步驟幻燈片或影像圖檔	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
5	完成後口內幻燈片或影像圖檔(內容如項目 3)	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
6	治療後相關之牙根尖 X 光片或影像圖檔	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____
7 (請自行印刷書面說明資料)	書面說明：按幻燈片或影像圖檔及 X 光片之次序，含臨床發現、診斷、治療方法及原理，及患者教育與追蹤檢查之結果(建議有 6 個月以上之追蹤紀錄)。	☐ 資料齊全 ☐ 資料不全； 需補_____

以上各項資料請於 **9 月 14 日前** 各備乙份並連同本表送至學會審查，為免資料遺失請自行複製存檔。

本會地址：10541 台北市復興北路 465 號 2 樓；電話：02-2546-8834