|  |
| --- |
| **中 華 民 國 航 空 醫 學 會113年 航 空 醫 學 專 科 醫 師 報 名 表** |
| 姓 名 |  | 性 別 |  | 2吋照片  |
| 身分證字號 |  | 生 日 |  |
| 地 址 |  |
| 服務單位 |  | 行動電話 |  |
| 職 稱 |  | 電子郵件信箱 |  |
| **學 歷** |
| 畢業學校 | 畢業系所 | 學 位 | 起 迄 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
| **專 業 證 照** |
| 證 照 名 稱 | 發 證 單 位 | 有 效 期 限 |
|  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  | 年 月 至 年 月 |
| **經 歷** |
| 單 位 | 職 稱 | 年 資 | 起 迄 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
|  |  |  | 年 月 至 年 月 |
| 本人依據 □航空醫學專科醫師甄審辦法 第 條第 款 □航空醫學專科醫師甄審辦法附則第 條第 款 申請□免試 □考試 | 考 生簽 名 |  |
| 審 查 結 果（由學會填寫） | □通 過□不通過 | 甄審委員簽 署 |  |