

附件

## 台灣病理學會病理醫師細胞病理繼續教育訓練報名表

姓名		性別	
身份證字號			
出生年月日	民國	年	月 日
通訊地址			
聯絡電話 (手機)			
E-mail (正楷書寫)			
學 歷			
推薦單位 (服務單位) 地 址			
學經歷證件 (請附影本)	畢業證書影本 醫師證書影本 病理(解剖病理)專科醫師證書 字 號 或由單位主管具名證明已完成解剖病理住院醫師訓練滿二年之推薦函		
推薦單位 主管簽章			

課程期間是否需要借用顯微鏡？是，學會提供、否，自行攜帶

報名者簽章：

※本計畫受訓對象為至少已完成解剖病理住院醫師訓練滿二年或具備解剖病理專科醫師資格者，訓練頻率-1 梯次/年，密集訓練二星期，建議推薦單位給予受訓者公假公費，以提高參加意願。