

亞東紀念醫院

Far Eastern Memorial Hospital

醫療人員審查資料表

The Doctor examined background form

醫師姓名 Name		出生年月日 Date of Birth	年 月 日 YY / MM / DD	性 別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F			
通訊地址 Address				電話號碼 Tel.	()			
電子郵件 E-mail Address				手機號碼 Mobile.				
畢業學校 Educational background	_____大學_____系 M.D_____年畢業 year 具公費生身份(Government. Grant) : <input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N ; 中華民國國籍(Overseas Chinese) : <input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N			醫師證書 License No	醫 字 號 第 號			
管制藥品執照號碼 prescription license for the use of controlled drugs No				一年(含)以上 效期 ACLS 證書	<input type="checkbox"/> 具備 <input type="checkbox"/> 未具備			
考試及格證書 Certificate of Passing-Exam	台檢 醫 () () 專高字第 號			教育積分	<input type="checkbox"/> 已達換照標準 <input type="checkbox"/> 未達換照標準			
專科醫師證書 Certificate of Perfection	1. 科 專醫字第 號		2. 科 專醫字第 號					
經歷 Employment Record	1.		4.					
	2.		5.					
	3.		6.					
最近五年發表 文章數 (請檢附文章資料) Published Articles	類別	篇數	作者排序					
	SCI	篇	第一作者	通訊作者	第二作者	第三作者	第四作者	其他排序
	NonSCI	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇
	國內期刊	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇
	學會報告	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇
申請職位 Applied Position	部 科 department section		<input type="checkbox"/> 主治醫師 Attending Physician <input type="checkbox"/> 兼任主治醫師 Adjunct Attending Physician					
預計到職日 Date of Availability	年 月 日 YY / MM / DD		部定教職	<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 無				
單位主管審查 意見暨簽章 Unit commanders examined opinion & signature	科主任簽章 Signature of Section Director : 部主任簽章 Signature of Department Director :		晉升 VS 請檢附以下資料 <input type="checkbox"/> 履歷表 <input type="checkbox"/> 六大核心考核表 <input type="checkbox"/> 職務行使及身心狀況評核表 <input type="checkbox"/> ACLS 證書(具一年效期以上) <input type="checkbox"/> 已發表文章之資料影本 <input type="checkbox"/> 住院醫師成績(R 升 V)			是否為 輻射工作 人員 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
簽署注意事項	新聘主治醫師，除負責該科業務外，還要能配合評鑑要求或符合醫院發展方向。							