**兒童復健次領域認證申請送審清單**

申請人姓名：

服務院所：

申請日期：

電子郵件：

手機號碼：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 送審大綱 | 審查內容 | 檢附證明 | 審核結果(由學會填寫) |
| 具復健專科醫師資格 | 專科醫師證號\_\_\_\_  通過日期\_\_\_\_\_\_\_ | 復健專科醫師證書影本 | 合格 ( )  不合格( ) |
| 兒童復健醫學會會員 | 會員編號\_\_\_\_\_\_\_  入會日期\_\_\_\_\_\_\_ | 不需要 | 合格 ( )  不合格( ) |
| 兒童復健醫學會認定之繼續教育積分(至少40學分) | 兒復主辦或合辦課程\_\_\_\_學分(至少20學分) | 上課積分證明 | 合格 ( )  不合格( ) |
| 其他兒復認定課程 \_\_\_\_學分 |
| 審查費1000元  (費用繳交帳戶: 彰化銀行(銀行代碼:009) 帳號: 96580101211200，收款戶名：台灣兒童復健醫學會吳欣治) | 請附上繳款證明。 | | |

審查結果：通過( ) 未通過( )，理由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注意事項：

1. 審核作業每年1月（積分核定至前年12月31日）及7月（積分核定至6月30日）舉辦一次，送審申請及資料請分別於1月31日及7月31日以前(郵戳為憑)以掛號寄出給學會(新北市新店區建國路289號台北慈濟醫院兒童復健中心）。
2. 申請者均須填寫本送審清單置於第一頁，其他送審資料內容(一式一份)請依序整理於後，並請同時將本清單及所有送審資料合併成電子檔寄給學會(tapedpmr@gmail.com)，資料整理越完整越有利於該次審核會議中通過，敬請協助及配合。