

# 113 年度台灣心理腫瘤醫學學會專家認證簡章

- 一、台灣心理腫瘤醫學學會(以下簡稱本會)，為提高心理腫瘤醫學診療之服務、教學、研究或推廣工作專業水準及從業人員之專業認同，訂定「台灣心理腫瘤醫學學會專家認證辦法」，經本會甄審合格者頒與證書。
- 二、資格：符合下列三項資格者，得申請專家認證，且經本會認可，認證為本會專家。
  - (一) 本會個人會員入會滿 1 年以上(111 年 7 月 31 日前入會者)且繳清會費
  - (二) 於認證前三年內修滿 60 學分(其中 A 類學分至少 30 學分)者
  - (三) 須具備以下條件之一，
    1. 曾在國外取得心理腫瘤醫學專科醫師或專家證書。
    2. 具備教育部部定講師以上教職證書，且從事心理腫瘤醫學相關之服務、教學、研究或推廣工作滿 3 年以上。
    3. 具備心理腫瘤醫學相關之服務、教學、研究或推廣工作資歷滿 5 年以上，具有在職證書、資歷證書或所服務之機關、機構、學校等主管所具名之證明信函。
    4. 曾於國內外心理腫瘤醫學相關領域進修，合計滿半年以上，具有證書或指導老師或訓練主持人所具名之證明信函。
- 三、申請認證日期：  
**即日起至 113 年 7 月 31 止(郵戳為憑，逾期恕不受理)**
- 四、費用(NT\$)：(請先繳交認證費，待審核通過後再通知繳交證書費)  
**認證費 3,000 元；證書費 1,000 元；複查費 1,000 元**
- 五、申請認證者須填寫及繳交下列表件：
  - (一)申請表。
  - (二)各項資格證明文件影本各兩份。
  - (三)最近一年內兩吋正面脫帽半身照片三張(含報名表黏貼一張)
  - (四)費用：
    1. ATM 轉帳—銀行代號：119，帳號：0065-21-335985-0
    2. 郵政匯票或即期支票(抬頭：台灣心理腫瘤醫學學會)
    3. 劃撥—帳號：50134097，戶名：台灣心理腫瘤醫學學會
    4. 親至本會現金繳款。
- 六、報名地點：新北市 251 淡水區民權路 75 號 11 樓 台灣心理腫瘤醫學學會 收
- 七、申請複查，應於收到通知之日起十日內，以書面敘明理由申請之，逾期不予受理，並以一次為限。
- 八、此次通過審查後，證書日期為：113 年 7 月 1 日起至 119 年 6 月 30 日止
- 九、連絡人：賴小姐 (02)8809-1552 / tpos.secretary@gmail.com

# 113 年度台灣心理腫瘤醫學學會專家認證申請表

申請期限：113 年 7 月 31 日截止

申請人姓名			身份證字號		
中英文併列的證書將依照 <u>您所書寫的姓名印製</u> ，印製完成後如欲更改或補發須付工本費。					
英文姓名				本會會員號碼	
現職	服務機關			單位與職稱	
	通訊地址	□□□□□□			
	電話	( )	轉	傳真	( )
聯絡方式	可收掛號信的地址	□□□□□□ □同上			
	※如有變更請主動告知本會	聯絡電話：			
		手機：			
	電子信箱				
附件資料 (請擇一打勾)	<input type="checkbox"/> 曾在國外取得心理腫瘤醫學專科醫師或專家證書。				
	<input type="checkbox"/> 具備教育部部定講師以上教職證書，且從事心理腫瘤醫學相關之服務、教學、研究或推廣工作滿3年以上。				
	<input type="checkbox"/> 具備心理腫瘤醫學相關之服務、教學、研究或推廣工作資歷滿5年以上，具有在職證書、資歷證書或所服務之機關、機構、學校等主管所具名之證明信函。				
	<input type="checkbox"/> 曾於國內外心理腫瘤醫學相關領域進修，合計滿半年以上，具有證書或指導老師或訓練主持人所具名之證明信函。				
注意事項	1、請務必遵照簡章規定辦理，所寫內容與附件資料如有不實，將被取消資格。 2、報名時資料請備齊，恕不通知補件。 3、請於另二張照片背面寫姓名、身份證字號。			最近一年內 正面半身脫帽 2吋照片黏貼處	
<b>行政審查</b>			<b>理監事會議審核結果</b>		
入會滿2年以上且繳清會費 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 累積學分數_____學分			<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 理事長簽章：_____		