

社團法人中華民國兒童牙科醫學會 函

地址：106480 台北市復興南路二段 283 號 3 樓
承辦人：廖珮妤
電話：02-27011050，傳真：02-27012126
電子信箱：tapd.taiwan@gmail.com

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國 109 年 10 月 20 日
發文字號：(109)中兒牙玲字第 008 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：本會辦理「109 年度兒童牙科專科醫師甄審」初審，牙醫師申請甄審資格符合「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」第 20 條相關事宜，請協助公告周知，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部 107 年 10 月 05 日衛部心字第 1071761534 號令及本會 109 年 10 月 18 日第 15 屆第 2 次理事會會議決議辦理。
- 二、按旨揭辦法第 20 條規定：「牙醫師經完成牙醫專科醫師訓練，並具有下列資格之一，自本辦法施行之日起三年內申請牙醫專科醫師甄審者，得免筆試、口試、操作或實地考試：
 - 一、至申請日止，曾在教學醫院擔任臨床教學工作，且具教育部審定講師以上資格滿三年。
 - 二、至申請日止，曾擔任專科臨床工作滿五年，且最近三年內在醫學雜誌發表與該專科有關論著二篇以上，經中央主管機關認可。
- 三、本辦法施行前，已領有牙醫專科醫學會所發牙醫專科醫師證書，經中央主管機關審查合格。」

辦法：

- 一、受理申請資格：符合上開資格者。

二、申請日期：即日起至 109 年 11 月 10 日止（以郵戳為憑），逾期恕不受理。

三、申請方式：

（一）採通訊報名，請繳交下列表件：

1. 兒童牙科專科醫師甄審申請書。（申請書請洽本會索取電子檔）
2. 牙醫師證書影本。
3. 完成兒童牙科專科醫師訓練之證明文件。
4. 符合「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」第 20 條資格之證明文件。
5. 甄審費。
6. 最近一年內二吋正面脫帽半身照片三張。

（二）申請人需經本會甄審委員會審查其資格，資格審查合格者，始能參加甄審。

（三）繳交費用與繳費方式：

1. 請先以郵政劃撥資格審查報名費新台幣 1,500 元，郵政劃撥帳號 16899016，戶名：社團法人中華民國兒童牙科醫學會。
2. 口試報名費用新台幣 1,000 元，待資格審查通過後，由本會通知繳交。

（四）口試地點、日期：

1. 口試時間：109 年 11 月 22 日（星期日）上午 8 時開始。
2. 口試地點：本會會館會議室（臺北市大安區復興南路二段 283 號 3 樓）。
3. 考試地點若有異動，將隨時公告於本會官網並通知考生。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人台北市牙醫師公會、社團法人新北市牙醫師公會、社團法人基隆市牙醫師公會、社團法人新竹市牙醫師公會、社團法人新竹縣牙醫師公會、社團法人桃園市牙醫師公會、社團法人苗栗縣牙醫師公會、社團法人台中市牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、社團法人嘉義市牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、社團法人雲林縣牙醫師公會、社團法人台南市牙醫師公會、社團法人高雄市牙醫師公會、社團法人屏東縣牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會、國立臺灣大學醫學院牙醫學系、中國醫藥大學牙醫學系、國防醫學院牙醫學系、中山醫學大學牙醫學系、臺北醫學大學牙醫學系、國立陽明大學牙醫學系、高雄醫學大學牙醫學系、國立臺灣大學醫學院附設醫院牙科部、中國醫藥大學附設醫院牙醫部、三軍總醫院牙科部、中山醫學大學附設醫院口腔醫學部、臺北醫學大學附設醫院牙科部、國立陽明大學附設醫院口腔醫學部、高雄醫學大學附設中和紀念醫院牙科部

副本：本會專科醫師甄審委員會及秘書處

理事長

蔡佳玲