

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

PGY 病例競賽-報名表

<b>壹、基本資料</b>				(二吋照片)
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生年月日 (民國)	年 月 日	身份證號碼		
電子信箱				
通訊地址		聯絡電話	( ) <input type="checkbox"/> 同院所電話	
戶籍地址		手 機		
最高學歷	學校— 系所—			
經 歷				
<b>貳、服務院所單位資料</b>				
院所名稱				
院所地址				
PGY 訓練 起始年月	民國 年 月	院所電話	( )	

**注意事項**

1. 請繳交報名者二吋半身脫帽照片 1 張，並黏貼於資料表上。
2. 請繳交身分證影印本或中華民國護照（正本）影印本乙份，及以上各附件。
3. 為便利評審委員會審查，請以正楷填寫，並繳交電子檔(請逕 mail 至本會信箱：artimis@cda.org.tw)。
4. 請於 113 年 1 月 31 日前填具報名表，並於 113 年 3 月 1 日前檢附完整病例相關數位檔案資料乙份。
5. 本表格電子檔可於本會網站(www.cda.org.tw)/學術專區/牙醫 PGY 相關訊息下載。

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

PGY 病例競賽

姓名：\_\_\_\_\_

病例摘要