

(考生注意：粗框欄請勿填寫)

111 年第一次醫學臨床技能測驗報名表

■ 准考證號碼：

【此欄考生請勿填寫】

■ 考場：_____ ■ 日期：111 年____月____日，第____梯次

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|-----------------------------------|
| 中文姓名 | 王小明 | 英文姓名 | Xiao-Ming Wang | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 大頭照黏貼處 正面脫帽半身 近一年內 2 吋照片 |
| 學校名稱 (全名) | (中文) (英文) | | | | | |
| 身分證 統一編號 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 出生 日期 | 年(民國) | 月 | 日 | |
| 聯絡電話 | 住宅 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 手機 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 緊急 聯絡人 | 姓名 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 手機 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 關係 | |
| 戶籍地址 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| 通訊地址 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | |
| 報名身分 | <input type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系雙主修應屆畢業生(於民國 111 年 7 月 31 日前畢業者為應屆畢業生)。(請圈選系別) <input type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系雙主修於民國 101 年 8 月 1 日以後畢業未取得醫學臨床技能測驗及格證明者。(請圈選系別) <input type="checkbox"/> 國外大學醫學系畢業生，須經醫師考試分試考試第一試或分階段考試第一階段考試及格，且經衛生福利部選配分發之臨床實作醫院，並將於 111 年 5 月 31 日前完成臨床實作訓練合格者。 <input type="checkbox"/> 國外大學醫學系畢業經醫師考試分試考試第一試或分階段考試第一階段考試及格，並經選配分發而於 102 年 1 月 1 日以後完成臨床實作訓練未取得醫學臨床技能測驗及格證明者。 | | | | | |
| 確認資料 (請打勾) 簽名欄 | 本報名表請以藍、黑色筆正楷填寫，各相關報名資料必須詳實並與所附證件相符。若因報名資料不齊、不符或逾期等因素即不受理。若經查獲資料不實，其責任概由報名者自行負責並取消應考及合格資格。 | | 1. 學歷證明影本 (請填入代碼) a. 國內畢業生繳交 <u>畢業證書</u> b. 應屆畢業生繳交 <u>學生證/在學證明</u> c. 國外畢業生繳交 <u>學歷證明</u> | | 考生簽名 | 資料核對無誤後， 請於此親筆簽名。 |
| | | | 2. 二張 2 吋正面脫帽半身照片(一張黏貼、一張夾附於報名表) | | | |
| | | | 3. 身分證明文件影本 | | | |
| | | | 4. 其他文件： | | | |
| ※如經測驗合格，同意台灣醫學教育學會將本人姓名及准考證號碼，上網公告於學會網站之榜示名單。 | | | | | | |

【審核欄】

【此欄考生請勿填寫】

條件 1. 報名資訊填寫完整及正確

合格 不合格，須補資訊：_____

條件 2. 身分條件符合應考資格

合格 不合格，原因：_____

文件與資格審查結果： 通過 不通過

審查人員簽章：
(系主任/考場主任)

年 月 日