



研究員申請流程

1. 每年7月12月開放收件
2. 至學會官方網站下載研究員申請表與相關表格
3. 繳交：
 - ① 研究員申請表
 - ② 研究員植牙5案例總表
 - ③ 植牙5案例光碟資料
 - ④ 劃撥審查費新台幣5000元（相關格式請詳見網站）
4. 申請者將收到研究員申請資料送件收訖回函（總會回函）
5. 研究員5案例經由總會甄審委員會審查
6. 通過者，將收到研究員通過申請通知函，並繳交研究員證書費3000元。
7. 未通過者，將收到研究員案例審核未過告知原因信函。未通過者可至網站下載成績複查申請單。

附錄一 研究員申請表

會員編號：

入會日期： 年 月 日

姓名 (請寫正楷)	中文 英文	出生年月日 身分證字號	最近一年內 兩吋正面脫帽相片 一張								
畢業學校											
牙醫師證號											
聯絡電話	(公)	(宅)									
通訊處	□□□-□□										
<p>學歷：_____ 學位：_____ 畢業日期：_____ 醫師證書號：_____</p> <p>經歷：</p> <p>執業時間：_____ (四年以上)</p> <p>植牙教育學分(申請二年內60點以上)：</p> <p><input type="checkbox"/>本會_____學分(申請前二年40點以上) <input type="checkbox"/>_____學分其他學會二年內(附學分證書) 總計：_____學分</p> <p>服務單位職稱：</p>											
<p>***申請資格***</p> <p>本會會員符合下列條款資格者，得申請TAID研究員。</p> <p>一、本會之一般會員滿1年，領有牙醫師證書且實際執業4年以上，並於申請前2年內曾參加本會年會者。</p> <p>二、本會之一般會員，已具備本學會所承認之國內、外的口腔植體研究員資格者。</p> <p>三、本會之一般會員，且已具備本學會所承認之國內、外的口腔植體學會專科醫師有效資格，得以免研究員資格審查，直接申請本會研究員資格。</p> <p>四、本會之一般會員，曾於教學醫院擔任植牙臨床相關教學，且具教育部審定講師以上資格滿3年者，得以免研究員資格審查，直接申請本會研究員資格。</p> <p>五、申請前2年內，累積有關植牙相關繼續教育學分達60點以上，且其中40點須為本會主辦之學術活動。</p>											
<p>***此欄請勿填寫***</p> <table border="0"> <tr> <td>1. 會費繳納：<input type="checkbox"/>已繳清 <input type="checkbox"/>未繳清</td> <td>牙醫師證書影本：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>未附</td> </tr> <tr> <td>2. 報名表填寫：<input type="checkbox"/>已齊全 <input type="checkbox"/>未齊全</td> <td>植牙教育學分證書：<input type="checkbox"/>足夠 <input type="checkbox"/>不足</td> </tr> <tr> <td>3. 甄審費(5,000元)：<input type="checkbox"/>已繳清 <input type="checkbox"/>未繳清</td> <td>輔導委員會初審：<input type="checkbox"/>通過 <input type="checkbox"/>補件</td> </tr> <tr> <td>4. 證書費(3,000元)：<input type="checkbox"/>已繳清 <input type="checkbox"/>未繳清</td> <td>研究員證書領取：<input type="checkbox"/>已領 日期： 年 月 日</td> </tr> </table>				1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	牙醫師證書影本： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未附	2. 報名表填寫： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全	植牙教育學分證書： <input type="checkbox"/> 足夠 <input type="checkbox"/> 不足	3. 甄審費(5,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	輔導委員會初審： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件	4. 證書費(3,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	研究員證書領取： <input type="checkbox"/> 已領 日期： 年 月 日
1. 會費繳納： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	牙醫師證書影本： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未附										
2. 報名表填寫： <input type="checkbox"/> 已齊全 <input type="checkbox"/> 未齊全	植牙教育學分證書： <input type="checkbox"/> 足夠 <input type="checkbox"/> 不足										
3. 甄審費(5,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	輔導委員會初審： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 補件										
4. 證書費(3,000元)： <input type="checkbox"/> 已繳清 <input type="checkbox"/> 未繳清	研究員證書領取： <input type="checkbox"/> 已領 日期： 年 月 日										
申請人：		(簽名蓋章)									
		中華民國 年 月 日									
收件日： 年 月 日	繳費日： 年 月 日	承辦人：									
甄審主委意見：											
甄審主委簽名：		日期： 年 月 日 西元：_____									
審查結果： 年 月 日 第 屆 次		甄審委員會： <input type="checkbox"/> (通過) <input type="checkbox"/> (復議)									

附錄二 研究員送審病歷摘要總表

日期： 年 月 日

病歷	病歷屬性*	病人姓名	植體種植部位	手術前口內清晰照片	手術前環口、局部X光片	植牙手術中清晰照片	植牙手術後環口、局部X光片	價復後口內清晰照片	價復後環口、局部X光片
1				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 符合條件為合併骨移植或骨引導再生術（GBR）的病人應至少5例，Socket Preservation不能列入GBR Case。
 ※ 多顆連續植體案例至少6例，包含全牙弓案例2例（植體固持覆蓋式義齒可）。

申請醫師簽名 _____

日期： 年 月 日

（本人在此聲明所提交案例皆為本人親自完成）