

附件九

醫用放射線醫師操作執照申請書

八、申請執照種類（請將不擬申請者劃去）

1. 放射線診斷設備操作執照
2. 放射線治療設備操作執照
3. 放射性同位素使用操作執照

申請人保證本表所填資料均屬確實，如有虛偽，願受有關法規之處罰。

申請人 _____ 簽章 _____

通信地址 _____

申請日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日

九、審查作業（由審查單位填寫）

十、執照號碼及有效日期（由發照單位填寫）

1. 放射線診斷設備操作執照編號 _____ 有效期限 ____ 年 ____ 月
起至 ____ 年 ____ 月止
2. 放射線治療設備操作執照編號 _____ 有效期限 ____ 年 ____ 月
起至 ____ 年 ____ 月止
3. 放射性同位素使用操作執照編號 _____ 有效期限 ____ 年
____ 月起至 ____ 年 ____ 月止

一、基本資料：

姓名 _____ 性別 _____ 籍貫 _____ 出生日期 ____ 年 ____ 月 ____ 日

身份證字號 _____ 醫師證書字號 _____ 戶籍地址 _____

貼
像
片
處

二、學歷

學校名稱	科系	地 址	在 學 日 期	證件名稱	校長姓名
			年 月 起 至 年 月 止		
			年 月 起 至 年 月 止		
			年 月 起 至 年 月 止		

三、放射防護訓練：

訓練單位名稱	訓練種類	起 訖 日 期	重 要 課 目	時 數	證件名稱	負責人姓名
		年 月 起 至 年 月 止				
		年 月 起 至 年 月 止				
		年 月 起 至 年 月 止				

四、放射線工作經歷：

工作單位	職 稱	工作性質及所負責任	起 訖 日 期	證件名稱	主管姓名
			年 月 起 至 年 月 止		
			年 月 起 至 年 月 止		
			年 月 起 至 年 月 止		

五、現服務單位

名稱 _____ 地址 _____ 職稱 _____ 工作性質 _____

六、擬服務單位

名稱 _____ 地址 _____ 職稱 _____ 工作性質 _____

七、參加學會

學會名稱 _____ 地址 _____