復健科住院醫師自我評估測驗 報名需知

報名資格：各復健科專科訓練醫院之住院醫師。

費　　用：500元。

時　　間：2026年6月13日(星期六) 14:00～16:40。

規　　定：參加者請遵守一般考試規範，禁止交談及左右張望，離開時考題本可自行帶回。

考試地點：臺大醫學院501講堂(臺北市仁愛路1段1號5F)。

考試方式：筆試，選擇題，以答案卡作答。(請自行攜帶2B鉛筆)

應考結果：本會將以電子郵件方式寄發成績單予個別考生，內容包括分數、本次參加考試之考生平均分數、最高及最低分數，和訓練年級之平均分數、最高及最低分數供您作參考。此外，將以受訓醫院為單位，將所有該院的應考者成績寄電子檔予該院主任供參考及評鑑之用；測驗結果可能用於台灣復健醫學會及本會進行分析與學術研究，報名者視同同意上述個資用途。

報名方法：填妥報名表並經主任蓋章後寄至：
100臺北市中山南路七號臺大醫院復健部 轉財團法人台北市連倚南教授復健醫學教育基金會收，或掃瞄後寄至 lien67319@gmail.com。
以郵戳為憑，截止日期為5月24日，於考前一週寄發准考證。

繳款資訊：合作金庫銀行(代碼006)台大分行　帳號1346-717-032745
戶名：財團法人台北市連倚南教授復健醫學教育基金會
一律採團體報名，費用亦一併匯入。
*若以ATM繳款，請務必將帳號後5碼附註於報名表上，以利核對。

聯絡方式：電話：(02)2312-3456 分機267587　Email: lien67319@gmail.com

問卷調查：請於考試結束後三天內上網填寫問卷，謝謝您

復健科住院醫師自我評估測驗 團體報名表

目前受訓醫院:
(請務必以正楷書寫或打字填妥以下欄位)

聯絡地址 / 醫院聯絡人電話:
(請填寫醫院郵遞區號及地址，以利准考證寄發)

收據開立(請勾選): ☐開給個人 ☐開給醫院 (若開給醫院，請提供完整抬頭，謝謝。)

序號	姓名	性別	第__年 住院醫師	年齡	電子郵件信箱	電話	准考證收件者 （本人 或是 醫院科部）	願意收到 基金會活動 郵件通知?
1		☐男 ☐女						☐ 是
2		☐男 ☐女						☐ 是
3		☐男 ☐女						☐ 是
4		☐男 ☐女						☐ 是
5		☐男 ☐女						☐ 是
6		☐男 ☐女						☐ 是
7		☐男 ☐女						☐ 是
8		☐男 ☐女						☐ 是
9		☐男 ☐女						☐ 是
10		☐男 ☐女						☐ 是

主任簽／蓋章:(必要項目)