

# 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,或掃描後寄至 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 <sup>一</sup> 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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
8		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
9		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是
10		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						<input type="checkbox"/> 是

---

主任簽／蓋章：(必要項目)