

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: 2025年6月14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25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268235 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：

(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	第一年 住院醫師	年齡	畢業學校	電話	電子郵件信箱	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)