

# 台灣脊椎微創內視鏡醫學會

## 脊椎內視鏡手術 指導醫師指導手術核可紀錄表

被指導醫師姓名 (請寫正楷)	中文：	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	民國 年 月 日	會員編號	
聯絡電話	公：( ) 分機： 手機		
手術日期	民國 年 月 日		
手術名稱			
執行機構	醫院/診所		
考核結果 (請勾選)	( ) 通 過	( ) 不通 過	
指導醫師：_____ (簽名或蓋章)			
此證			
中華民國 年 月 日			