

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	
<div>此 證</div> <div>指導醫師：_____ (簽名或蓋章)</div> <div>中華民國 年 月 日</div>			