# 台灣脊椎微創內視鏡醫學會脊椎內視鏡手術能力審定申請表

基本資料:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 姓名 | | 性別 | □男 □女 |
| 生日 | 民國 年 月 日 | 電話<br>手機 | ( ) |
| 通訊處 | □□□-□□ | | |
| E-mail | | | |
| 服務單位 | | 地址 | |
| 職稱 | | 單位電話 | |

脊椎微創內視鏡手術能力審定合格要件：

| | | | |
|---|---|---|---|
| 符合項目 | 新進醫師 | □ | **I.** 須為台灣脊椎微創內視鏡醫學會活動會員，需無積欠會費，且每年至少參加一次年會及季會。<br>已參加之年會或季會:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 |
| | | □ | **II.** 須具骨科醫學會或神經外科醫學會之專科醫師資格。 |
| | | □ | **III.** 參加並完成本學會主辦或協辦之脊椎內視鏡仿真模型手術及大體模擬手術操作訓練課程達 3 次以上，需至少有兩次為大體手術操作者，觀察員不予採計。<br>已參加之訓練課程: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 |
| | | □ | **IV.** 執行脊椎內視鏡手術 30 例(含)以上者，需擔任主刀並需有手術記錄審查。<br>已完成案例個數:＿＿＿＿＿＿ 。 |
| | | □ | **V.** 需觀摩脊椎內視鏡手術或經專家指導醫師親臨指導共 10 例，觀摩手術醫師須為本學會認證之脊椎內視鏡手術專家指導醫師，且需觀摩紀錄，由觀摩者以及所觀摩之指導醫師共同簽名，指導手術需經指導醫師出具核可證明。<br>已觀摩或被指導案例個數:＿＿＿＿。 |
| | | □ | **VI.** 需經本醫學會手術認證委員會審查通過後始發得證書。 |
| | 專家條款 | □ | I. 須為台灣脊椎微創內視鏡醫學會活動會員或榮譽會員。 |
| | | □ | II. 須為骨科醫學會或神經外科醫學會認證之專科醫師。 |
| | | □ | III. 曾擔任脊椎微創內視鏡醫學會之學會幹部（理事、監事、教育委員）或國內其他專業脊椎醫學會之學會幹部。<br>幹部名稱:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 |
| | | □ | IV. 本辦法發布前執行主刀或指導脊椎內視鏡手術達 100 例(含)以上者（檢附手術紀錄）<br>執行主刀或指導脊椎內視鏡手術案例個數:＿＿＿＿。 |
| | | □ | V. 曾任本學會主辦或協辦之脊椎內視鏡仿真模型手術及大體模擬手術操作訓練課程講師或助教尤佳。<br>曾完成之課程:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 |
| | | □ | VI. 需經本醫學會手術認證委員會審查通過後始發得證書。 |

**申請認証時，請同時上傳相關證明文件。**

□本人同意個人基本資料供學會於公務上使用【同意請打 ✓】　簽名: ＿＿＿＿＿＿＿＿