



The Academy of Prosthetic Dentistry R.O.C.

# 中華民國鑲復牙科學會

## 鑲復牙科專科醫師訓練機構 審核申請表

〔一〕申請機構：【初審 複審】

訓練機構名稱：	
地址：	電話：

〔二〕教學師資：〔若篇幅不足請自行列繕寫〕

姓名	訓練指導醫師 證書字號	專任	兼任	地址及電話

〔請檢附臨床教學活動時刻表〕

〔三〕教學設備：

專屬鑲復牙科治療臨床治療椅	台
專屬鑲復牙科治療技工桌	台
固定鑲復體之技工設備	請列表
活動鑲復體之技工設備	請列表

〔四〕訂閱鑲復牙科專業期刊：

期刊名稱	開始訂閱年限

〔若篇幅不足請自行列繕寫〕

鑲復牙科主任／負責人：

簽章

機構負責人：

簽章