

社團法人台灣植牙聯盟醫學會  
人工植牙專科醫師臨床訓練機構評鑑資料項目檢查表

機構名稱：				
序號	項目		符合規定	已備齊
申請書	訓練機構評鑑新(展延)申請書			
資料表	人工植牙專科醫師訓練機構評鑑資料表		請依現況勾選以下項目	
一	醫院(診所)植牙科基本資料及院所人工植牙歷史、特色、經營現狀、申請緣由 (需經訓練機構負責人、植牙科主任及牙科部主任簽章)			
二	醫療與教學設備 (依序勾選·未標示項目請填寫補入)			
三	現有植牙學相關圖書資源 (註明出版年份及出版公司名稱)	1. 書籍類		
		2. 期刊類		
四	教學師資 (附專科醫師證書及醫院聘書或院方公文影本)			
五	人工植牙科組織成員 (附醫院聘書或院方公文影本或在職證明)			
六	人工植牙科指導醫師診次表			
七	人工植牙專科受訓醫師資料表 (初次申請免附·接訓後3個月內報備)			
八	人工植牙科受訓醫師門診排班表 (初次申請免附·接訓後3個月內報備)			
九	人工植牙專科受訓醫師病患治療清單 (初次申請免附·接訓後每年備齊資料備查)			
十	訓練課程	1. 臨床植牙必修課程 (每月至少1次·每次至少2~3小時)	(1) 基礎植牙學	
		2. 人工植牙專題討論或文獻閱讀 (每月至少1次·每次至少2~3小時)	(2) 植牙手術課程	
			(3) 植牙假牙訓練課程	
	(1) 臨床植牙學 Book reading			
	(2) 植牙學文獻討論課程			
	(3) 病例討論會 (至少每二周一次)			
(4) 特別演講				
十一	訓練課程簽到表		(1) 臨床植牙必修課程簽到表	
			(2) 專題討論或文獻閱讀簽到表	
十二	訓練課程紀錄表		(1) 臨床植牙必修課程紀錄表	
			(2) 專題討論或文獻閱讀紀錄表	
十三	未來展望及計畫			
勾選紀錄日期			(年/月/日)	(年/月/日)