

(附件 3)

泌尿科專科醫師訓練醫院認定

泌尿科專科醫師訓練醫院認定 實地評鑑資料表

◎醫院名稱：_____

◎主任姓名：_____

手機號碼 / 科內分機：_____ / _____

Email：_____

◎預定評鑑時段（請打✓，唯勾選時間僅供參考，最終以評鑑委員訂定之時間為依據）：

時段	週一	週二	週三	週四	週五	週六
上午						
下午						

◎預定評鑑集合地點：_____

◎檢附資料（請打✓）：

1. 評鑑申請表

2. 醫院評鑑合格證明書

3. 醫院交通圖（開車及乘車資訊）

3. 其它資料：_____