

**特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練課程  
開課單位審認申請表**

|  |  |           |  |
|--|--|-----------|--|
| <b>申請單位</b>  |  |           |  |
| <b>法人立案證號</b>  |  |           |  |
| <b>聯絡人姓名</b>   |  | <b>電話</b> |  |
| <b>Email 信箱</b>  |  |           |  |
| <b>通訊地址</b>  | □□□  |           |  |
| <b>附 件</b>   | <input type="checkbox"/> 立案證書影本<br><input type="checkbox"/> 近三年辦理醫學教育課程之實績證明文件<br><input type="checkbox"/> 課程實施計畫書 |           |  |
| <p>1. 上述各項及附件資料均屬實，且符合「特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練及繼續教育課程課綱」作業規範之規定，報請 貴會審議並核定辦理訓練課程之資格。</p> <p>2. 申請單位所提供之資料如有偽造、變造、冒用等不實情事，願自負法律責任。</p> <p>3. 申請單位同意 貴會依個人資料保護法之規定，於審查作業所需範圍內，蒐集、處理及合理利用相關個人資料。</p> <p style="text-align: center;">此致 中華民國醫師公會全國聯合會</p> <p style="text-align: center;"><b>申請單位簽章：</b></p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p> |  |           |  |