

基隆市特定美容醫學手術醫療院所申請書

機構名稱		手術醫師姓名	
機構代碼		身分證字號	
機構電話			
機構地址			
手術項目		手術醫師專科類別	
<input type="checkbox"/> 臉部削骨	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 神經外科	<input type="checkbox"/> 口腔額面外科 <input type="checkbox"/> 骨科
<input type="checkbox"/> 臉部以外其他部位削骨	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 骨科	
<input type="checkbox"/> 中臉部、全臉部拉皮	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 骨科	<input type="checkbox"/> 口腔額面外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科
<input type="checkbox"/> 腹部整形	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 婦產科
<input type="checkbox"/> 鼻整形	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 口腔額面外科
<input type="checkbox"/> 義乳植入之乳房整形	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 外科	
<input type="checkbox"/> 全身拉皮手術	<input type="checkbox"/> 整形外科		
<input type="checkbox"/> 全身麻醉之生殖器整形	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 婦產科	<input type="checkbox"/> 泌尿科
<input type="checkbox"/> 單次脂肪抽出量達一千五百毫升、單次脂肪及體液總抽出量達五千毫升或全身麻醉之抽脂	<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 婦產科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 外科
檢附資料	<input type="checkbox"/> 手術醫師之專科醫師證書 *備註: 特定外科系醫師方可實施(依原特管辦法第26條規定辦理); 108年1月1日前已施行者, 不受新規定限制。 <input type="checkbox"/> 完成中央主管機關認可之學會所舉辦美容醫學手術相關訓練課程至少三十二小時證明 <input type="checkbox"/> 緊急後送轉診計畫(包含後送醫院資訊、緊急轉診作業流程、紀錄移交與通報等) <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供) <input type="checkbox"/> 麻醉專科醫師證書		
填表人		連絡電話	
申請日期	年	月	日

基隆市美容醫學手術醫療院所申請書

機構名稱		手術醫師專科類別	
機構代碼		<input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻喉科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 神經外科 <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 泌尿科 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
機構電話			
機構地址			
手術醫師姓名	身分證字號		
手術項目	<input type="checkbox"/> 眼整形 <input type="checkbox"/> 鼻整形(微創) <input type="checkbox"/> 耳整形 <input type="checkbox"/> 胸整形 <input type="checkbox"/> 腹整形(微創) <input type="checkbox"/> 顱顏整形 <input type="checkbox"/> 削骨 <input type="checkbox"/> 拉皮 <input type="checkbox"/> 抽脂 <input type="checkbox"/> 自體脂肪移植 <input type="checkbox"/> 生殖器整形 <input type="checkbox"/> 其他改變身體外觀之手術 <input type="checkbox"/> 毛囊單位移植術之植髮		
檢附資料	<input type="checkbox"/> 手術醫師之專科醫師證書 限9專科(外科、骨科、神經外科、整形外科、泌尿科、婦產科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科) <input type="checkbox"/> 完成中央主管機關認可之學會所舉辦美容醫學手術相關訓練課程至少三十二小時證明 <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供) <input type="checkbox"/> 緊急後送轉診計畫(包含後送醫院資訊、緊急轉診作業流程、紀錄移交與通報等) *未取得前述專科醫師資格但於115年1月1日前已施行者須補認資格 <input type="checkbox"/> 115年1月1日前施行美容醫學手術達三十例以上, 並領有中央主管機關公告之專科醫學會、醫師公會全聯會發給之證明 <input type="checkbox"/> 115年1月1日起一年內完成中央主管機關認可之學會所辦美容醫學手術訓練課程達三十二小時以上證明 <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供) <input type="checkbox"/> 緊急後送轉診計畫(包含後送醫院資訊、緊急轉診作業流程、紀錄移交與通報等)		
填表人		連絡電話	
申請日期	年	月	日

基隆市特定美容醫學處置醫療院所申請書

機構名稱		手術醫師專科類別	
機構電話			
機構地址			
手術醫師姓名		身分證字號	
手術項目	項目名稱		
<input type="checkbox"/> 針劑注射	<input type="checkbox"/> 肉毒桿菌素 <input type="checkbox"/> 透明質酸 <input type="checkbox"/> 聚左乳酸 <input type="checkbox"/> 羥基磷灰石鈣 <input type="checkbox"/> 膠原蛋白增生劑 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<input type="checkbox"/> 光電治療	<input type="checkbox"/> 雷射 <input type="checkbox"/> 脈衝光 <input type="checkbox"/> 電波 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
<input type="checkbox"/> 毛囊單位摘取術植髮	<input type="checkbox"/> 毛囊單位摘取術 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
檢附資料	<p>(1) 108年8月1日前畢業且已取得專科醫師資格者</p> <input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 專科醫師證書 <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供) <p>(2) 108年8月1日前畢業尚未取得專科醫師資格者</p> <input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 115年1月1日前施行美容醫學處置達三十二例以上, 並領有中央主管機關公告之專科醫學會、醫師公會全聯會發給之證明 <input type="checkbox"/> 115年1月1日起一年內完成中央主管機關認可之學會所辦美容醫學處置訓練課程達三十二小時以上證明 <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供) <p>(3) 108年8月1日後畢業醫學生</p> <input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 完成PGY訓練資格證明 <input type="checkbox"/> 完成中央主管機關認可之專科醫學會所舉辦特定美容醫學處置相關訓練課程至少三十二小時證明 <input type="checkbox"/> 中央主管機關公告認可機關、機構、法人、學會、協會之認證(無則免付, 如有取得再提供)		
填表人		連絡電話	
申請日期	年	月	日