

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

本會超音波技師認證考試分兩階段辦理。第一階段為共同科目包括醫用超音波原理及臨床應用筆試。通過第一階段筆試者，得申請第二階段超音波技師認證審核。

通過第二階段認證審核，本會核發超音波技師證明。

※第一階段筆試：

開辦考試的條件為報名人數達5人(含)以上，方可舉行考試。

■ 考試日期:114年11月9日(星期日)

■ 報到時間:上午9:30-10:00 (請攜帶國民身分證以便查核)

■ 考試時間:上午10:10-11:10 (60分鐘)

■ 考試地點:國立成功大學醫學院附設醫院 住院大樓2樓201會議室

■ 考試內容:選擇題50題 (配分:超音波原理與臨床應用60% + 研討會課程內容40%)

■ 計分標準:以一百分為滿分，六十分(含以上)為及格

■ 報名資格:須具備下列(1)+(2)+(3)條件

- (1) 具備下列醫事人員證書(醫事放射師證書、醫事檢驗師證書、護理師證書)。
- (2) 須為本會有效會員。
- (3) 參加本會舉辦之學術研討會及專業實作課程，並修滿繼續教育積分達六十分(含)以上。

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

■ 報名申請方式:

- 請備齊下列附件(1)+(2)+(3)+(4) 之 PDF 檔，敬請於 114 年 10 月 20 日前以電子郵件方式寄到本會
電子信箱 E-mail:tss6542@gmail.com

• 報名附件:

1. 臺灣超音波技術學會超音波技師認證《第一階段筆試》報名表(PDF 檔)
2. 醫事人員證書 (醫事放射師證書；醫事檢驗師證書；護理師證書)(PDF 檔)
3. 附本會研習會上課證明，繼續教育積分達六十分(含)以上 (PDF 檔)
4. 郵局繳費 1,000 元劃撥單收據(PDF 檔)

■ 報名費用: 新台幣 1,000 元整(敬請於 10 月 20 日前劃撥)

- 繳費方式: 郵局劃撥

◎ 劃撥帳號: 22766272

◎ 戶名: 「臺灣超音波技術學會」

◎ 請於郵政劃撥單通訊欄內註明《報名第一階考試、姓名》

■ 第一階段筆試成績通過者，本會將寄發及格通知書，第一階段筆試成績得保留三年。

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

※第二階段超音波技師認證審核

第一階段筆試成績通過者，請郵寄繳交下列附件得申請第二階段認證。

■ 認證審核資格：須具備下列(1)+(2)條件

(1)已通過第一階段共同科目筆試及格者。

(2)提出超音波相關工作證明(醫學中心一年、區域或地區教學醫院二年、非教學醫院三年以上之超音波工作服務證明)。

■ 報名申請方式：

• 請備齊下列附件並郵寄限時掛號至學會會址：

(403 台中市西區精誠 24 街 2 號 7 樓之 2 ，臺灣超音波技術學會 收)

• 報名附件：

1. 臺灣超音波技術學會超音波技師認證《第二階段超音波技師認證審核》報名表。

2. 《第一階段筆試》及格證明影本。

3. 超音波相關工作年資證明正本(醫學中心一年、區域或地區教學醫院二年、非教學醫院三年以上之超音波工作服務證明)。

4. 證照費 2,000 元郵局劃撥單收據。

5. 兩吋近期照片 4 張。

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

■ 報名費用：新台幣 2,000 元整

• 繳費方式：郵局劃撥

◎ 劃撥帳號：22766272

◎ 戶名：「臺灣超音波技術學會」

◎ 請於郵政劃撥單通訊欄內註明《第二階證照費、姓名》

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

臺灣超音波技術學會超音波技師認證《第一階段筆試》考試報名表

姓名		生日		性別		身份證字號	
郵遞區號		聯絡地址					
畢業學校		學歷		畢業科系		手機號碼	
目前服務醫院 名稱		服務單位		服務科別		工作職稱	
E-mail							
繼續教育積分	共 _____ 積分						
附件	<p>■ 請備齊下列附件並敬請於 114 年 10 月 20 日前 以電子郵件方式寄到本會電子信箱 E-mail:tss6542@gmail.com</p> <p><input type="checkbox"/> 醫事人員證書影本(醫事放射師證書 ; 醫事檢驗師證書 ; 護理師證書) (PDF 檔) 。</p> <p><input type="checkbox"/> 本會舉辦之研討會課程積分達六十分(含)以上之上課證明 (PDF 檔) 。</p> <p><input type="checkbox"/> 郵局繳費 1,000 元劃撥單收據 (PDF 檔) 。</p>						

臺灣超音波技術學會超音波技師認證考試報名簡章

臺灣超音波技術學會超音波技師認證《第二階段認證審核》報名表

姓名		生日		性別		身份證字號	
郵遞區號		聯絡地址					
畢業學校		學歷		畢業科系		手機號碼	
目前服務醫院名稱		服務單位		服務科別		工作職稱	
第一階段筆試日期	_____年_____月_____日			E-mail			
附件	<p>■ 請備齊下列附件郵寄限時掛號至學會會址： (403 台中市西區精誠 24 街 2 號 7 樓之 2 ，臺灣超音波技術學會 收)</p> <p><input type="checkbox"/> 《第一階段筆試》及格證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/> 提出超音波相關工作服務證明正本(醫學中心一年、區域醫院或地區教學醫院二年、非教學醫院三年以上之 超音波工作服務證明)。</p> <p><input type="checkbox"/> 證書費 2,000 元郵局劃撥單收據。</p> <p><input type="checkbox"/> 兩吋近期照片 4 張。</p>						