**台灣老年精神醫學會專科醫師訓練醫院評鑑檢核表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **訓練醫院名稱** |  | | | |
| **填表者** |  | **填表者**  **聯絡電話** |  | |
| **填表者**  **聯絡信箱** |  | | | |
| **項次** | 繳交資料 | | | 確認打ˇ |
| **1** | 本張檢核表 | | | **🖵** |
| **2** | 書面資料一式三份  **(請分成三份，三份資料內容一模一樣)** | | | **🖵** |
| **3** | 匯款憑證或繳費單據(影本可) | | | **🖵** |
| **4** | 將以下資料的電子檔寄至[tsgp.secretary@gmail.com](mailto:tsgp.secretary@gmail.com)  新參加者：老精專訓練認定醫院評鑑自評表  原訓練醫院者：台灣老年精神醫學會專科醫師訓練  醫院定期評鑑自評表  **信件主旨以及檔案名稱：評鑑自評表\_醫院名稱** | | | **🖵** |
| **5** | 書面資料請勿用訂書針或膠裝方式裝訂 | | | **🖵** |

填表者簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（請於114年3月14日前掛號寄出）

**寄件地址**：

807 高雄市三民區自由一路100號 高醫附醫精神醫學部

台灣老年精神醫學會祕書處 電話：07-312-1101#6820