

115 年度中醫醫療機構負責醫師訓練選配結果複查申請表

申請人姓名		身份證字號	
聯絡電話		聯絡手機	
通訊地址			
申請事由			
檢附資料	1. ☐ 報名資料表 2. ☐ 志願表		
備註	1. 請填妥本申請表後，併同簽名或蓋章後之「報名資料表」及「志願表」，申請時間於 115 年 4 月 8 日上午 9 時至 115 年 4 月 13 日下午 5 時前以書面限時掛號郵寄（郵戳為憑）至選配工作小組（地址：新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓 中醫計畫小組）申請複查，其他方式概不受理。 2. 申請複查以一次為限，複查結果一律於 115 年 4 月 17 日寄發書面通知。		