

## 得應驗光人員特種考試資格審查申請書

驗光師     驗光生

申請人姓名		照片浮貼處	
出生年月日		此處請貼最近三個月內二吋正面脫帽半身彩色照片二張(一張黏貼、一張浮貼，浮貼照片背後請書寫姓名、出生年月日)	
性別			
國民身分證統一編號			
電話			
行動電話			
通訊地址			
戶籍地址			
身分證明文件			
此處請黏貼國民身分證 正面影本		此處請黏貼國民身分證 背面影本	
學歷			
學校名稱	科系名稱	畢業年月日	畢業證書字號
從事驗光業務經歷			
職務機構名稱	職稱或職務	起迄年月日	合計時間
		年 月 日	共 年 月 日
		至 年 月 日	
		年 月 日	共 年 月 日
		至 年 月 日	
		年 月 日	共 年 月 日
		至 年 月 日	

申請日期	民國            年            月            日
申請人簽名或蓋章	
檢附申請文件	<input type="checkbox"/> 1. 資格審查申請書 (1)含國民身分證正面、背面影本各1份。 (2)最近3個月內2吋正面脫帽半身彩色照片2張(一張黏貼、一張浮貼， <u>浮貼照片背後請書寫姓名、出生年月日</u> )。 <input type="checkbox"/> 2. 畢業證書或學位證書影本。 <input type="checkbox"/> 3. 服務證明:醫療機構(醫院或診所)、眼鏡行(指公司或商號登記為眼鏡批發業、眼鏡零售業或驗光配鏡服務業者)之服務機構，出具符合該點所定之服務滿三年(或六年)以上證明文件。 <input type="checkbox"/> 4. 接受繼續教育達一百六十小時以上之證明文件。
其他注意事項	1. 申請驗光師或驗光生特考，檢附申請文件，請於上面表格內 <u>打勾</u> 後，依序將(1)資格審查申請書(2)畢業證書或學位證書影本(3)服務證明(4)繼續教育證明文件等資料裝訂後，再寄至本部。 2. 申請文件請以掛號郵寄「台北市南港區忠孝東路6段488號8樓」，並註明「 <u>衛生福利部醫事司(驗光人員特考資格審查小組)</u> 」收。 3. 本部依審查之必要，得指定申請人檢具其他足資證明有實際從事驗光業務證明文件。

# 得應驗光人員特種考試服務證明

(機構全銜名稱): \_\_\_\_\_

登記字號:                      字第                      號

## 服 務 證 明

醫療機構代碼(如為醫療機構請填列):                      機構負責人姓名:

機構地址:

機構電話:

申請人姓名		性別	
出生年月日		身分證字號	

### 歷年所任工作

服務部門	職稱或職務	起迄年月日	實際工作時間	實際擔任工作內容	全職或兼職
		年    月    日 至    年    月    日	共    年 月    日		
		年    月    日 至    年    月    日	共    年 月    日		

附註

一、本證明可視為申請人之經歷及實際所任工作具體事實之多寡，依式開具或複印使用，且每一任職機構應分別出具服務證明。

二、本證明係證明申請人於105年1月8日驗光人員法公布施行前，曾從事驗光業務之經歷，以供申請人「得應驗光人員特種考試資格」審查之用(實際工作時間請計算至105年1月8日為止)。

三、請服務機構依申請人之實際情形開具證明，如有不實，申請人、出證機構及其相關人員，均應負偽造變造證書介紹書罪或公務員登載不實罪責任。

四、本證明應加蓋出具證明機構之印信及機構負責人章戳。

五、請註明全職或兼職，如為兼職請註明所佔比例(1/2 或 50%)

(機構信印)

(機構負責人章戳)

中 華 民 國                      年                      月                      日