

台灣神經生理技術學會神經超音波技師認證考試簡章

台灣神經生理技術學會神經超音波技師認證考試委員會

中華民國 110 年 3 月 29 日

中華民國 110 年 7 月 24 日修訂

壹、依據：臺灣神經生理技術學會現行神經超音波技師認證考試辦法辦理。

貳、請於台灣神經生理技術學會網站下載神經超音波技師認證考試簡章，填妥報名資料及相關報名文件，裝入 A4 信封郵寄本學會。

報名時請務必依報名規定事項辦理，未依規定本委員會即認定為不符甄審要件。

參、考試資格

一、神經超音波技師須符合下列各項基本資格者，方得參加神經超音波技師認證考試：

(一) 年滿二十歲，具有國內外醫護科系畢業證書，並從事神經超音波檢查。或者非醫護科系畢業，但從事醫院神經超音波檢查多年，因為工作資歷豐富，且持續執行者，加入本會成為正式會員者。

(二) 具兩年以上的神經超音波執業年資，單位主管需確認並簽署申請者文件。

(三) 已修滿神經超音波相關學分(例如國內外舉辦之研習會)至少三十學分，一小時以一學分計，需檢附研習學分證明副本。若為台灣神經生理技術學會所舉辦之年會，年會當日課程學分數全部承認(104 年起年會學分以 2 倍計算)；月會只要其中一堂課為神經超音波，則兩小時之學分數全部承認。

(四) 填寫認證表格及通過審核後，並繳納認證考試報名費。

(五)參加台灣神經生理技數學會認證考試,每年限同時報考 2 組

肆、考試方式

一、神經超音波技師認證考試分筆試及口試二部分。筆試及格者始能參加口試。筆試與口試均及格者為通過認證考試，得以核發本會證書。

二、筆試分為二部分，共五十題，均為四選一的單選題，以中文命題(專有名詞部分得用英文)，時間為二小時，配分標準如下(詳細內容請參照學會網站 www.tset.org.tw 之神經超音波技師認證考試辦法)

1. 物理學原理 50%

2. 診斷學基礎 50%

三、口試與實地操作考試(詳細內容請參照學會網站之神經超音波技師認證考試辦法)

1. 血管解剖

2. 正常血管表現

3. 血管狹窄的表現

四、神經超音波技師認證考試成績，筆試成績以 60 分為及格。口試每一部分以二位口試委員評分之平均分數滿七十分為通過(任一考委評核分數達 60 分才算及格)。

五、筆試郵寄報名日期：自民國 110 年 8 月 9 日起至 110 年 9 月 3 日截止，以郵戳為憑。

口試報名日期：110 年度暫停舉行（學會再視 COVID-19 疫情調整另行公告）

※COVID-19 疫情特殊條例；（經 110 年 7 月 24 日第十屆第四次理監事會議通過）
因應 COVID-19 疫情 110 年通過筆試者，發給筆試及格證書，每年需有 6 學分持續上課證明，方能有參加口試資格及維持筆試及格證書之有效性。學會再視 COVID-19 疫情調整筆試及格證書使用規則

伍、報名收件地址

202 基隆市中正區新豐街 296 號 14 樓
台灣神經生理技術學會秘書處 陳屹寬 收

陸、報名規定事項

一、報名方式：一律掛號郵寄報名

二、費用：筆試費用：新台幣 1100 元整（經學會通知應考資格符合者，始需繳納）

口試費用：新台幣 1100 元整（經學會通知應考資格符合者，始需繳納）

報名費請郵政劃撥至本學會帳戶 19726377 台灣神經生理技術學會

三、報名時應繳下列文件

（一）、報名表

1、筆試報名表（附件一）。

2、補行口試者請填寫口試報名表（附件五）

（二）、證明文件

1. 畢業證書影本

2. 在職證明

3. 教育課程學分表（附件二）及學分證明影本

4. 補行口試者，只需繳交之前筆試及格證明文件影本即可

（三）、請將上述文件排序用迴紋針夾在左上角，於報名截止日前（以郵戳為憑）以掛號郵寄至收件地址。

（四）、證明文件不實者，法律責任考生自負，且本委員會保有取消通過之神經超音波技師證書權利。

（五）、如因表件不齊、不符、費用未繳或郵戳上之報名日期逾時等因素而不符報名規定事項者，本委員會即認定為不符考試要件，其責任概由報名者自行負責。

四、退費規則：考生未能如期參加考試，須在考試日期前三十天通知學會，退費款項為 NT 500 元整，未能於三十天前提出則不予退費。

柒、考生名單公佈

考生名單將於學會網站 www.tset.org.tw 公佈。筆試將於民國 110 年 10 月 26 日學會網站公佈考試地點。考生屆時請持國民身份證應考。對考生名單有疑問者，請聯絡學會信箱 tsetorgtw@gmail.com，或撥學會秘書服務電話（02）24292525 轉 5202

捌、考試日期：筆試：民國 110 年 11 月 7 日（星期日）

口試報名日期：110 年度暫停舉行

玖、注意事項

一、請正確填寫報名表的資料，此為本委員會寄發各項結果及通知用，考生未提供正確聯絡資訊以致學會無法聯絡考生，而導致考試權益受損由考生自行負責。

二、報名後有個人資料異動情形，需考試前 2 週主動提供異動後個人資料給本學會，若考生未於時限內主動通知本學會個人資料異動，而導致考試權益受損由考生自行負責，本學會不負相關責任。

三、應考時若有舞弊情形者，則取消考試資格。

四、臺灣神經生理技術學會將在考試日期三週前，以信函通知符合考試資格之考生，考試中心地點與考試時間。如考生在考試日期前一週尚未接獲通知書，請以電話聯絡學會秘書。

五、本學會保有在考試日期前六十天〈配合國家防疫政策時不在此限〉取消考試的權利，考試費用將全額退費。

拾、成績複查

一、報名者對成績如有疑義，筆試者應於民國 110 年 11 月 26 日前(以郵戳為憑)提出成績複查申請。

二、成績複查申請手續：截下本簡章內「成績複查申請書」填妥，連同考試成績通知單影本，以掛號函寄本委員會，以憑查覆(附件三、附件四)。

(附件一) 台灣神經生理技術學會 110 年度神經超音波技師認證考試

報名表

姓名	中文		性別		身份證字號		
	英文				出生年月日	年 月 日	
畢業學校 (科系)					執業證書	年 月 字第 號	照片二吋 脫帽半身照
聯絡電話					手機號碼		
E-mail							
聯絡地址							
現職							
劃撥單收據浮貼處							
浮貼國民身分證處 影印本正面				浮貼國民身分證處 影印本反面			
	歷年從事神經超音波相關檢查工作				起訖年月		證件齊否(注一)
	醫院： 所屬單位： 執行業務： <input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域				年 月 至 年 月		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	醫院： 所屬單位： 執行業務： <input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域				年 月 至 年 月		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	醫院： 所屬單位： 執行業務： <input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域				年 月 至 年 月		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
1、上述工作經歷均屬實情，本人如提供不實資料將同意神經生理技術學會撤照處分，特此簽名以示負責。 申請人簽名： _____ 日期： 年 月 日							
2、上述申請人現職本單位，執行神經超音波相關業務，特此證明 單位主管簽名： _____							

日期： 年 月 日

注一：現職醫療院所，請申請在職證明正本，以往職業之醫療院所請附相關工作證明文件影本即可（例如在職證明影本、職員證影本、職業執照登錄影本…）

(附件二)

神經超音波相關教育課程學分

	編號	主辦單位	課程內容(可複選)	學分數(注二)	證件齊否
	1		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	2		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	3		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	4		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
腦	5		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
電	6		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
波	7		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
相	8		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
關	9		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
教	10		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
育	11		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
課	12		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
程	13		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
學	14		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
分	15		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	16		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	17		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	18		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	19		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
	20		<input type="checkbox"/> 神經超音波 <input type="checkbox"/> 其他相關領域		<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否
合計學分		學分	本會核有效學分計：		(由本會填寫)

1.	2. 證件：已齊全 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/>	甄審結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過	日期： 年 月 日
	3. 條件：已符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/>	簽 章：	

注二：研習會若課程內容同時包含非腦電波相關課程(如電生理、超音波…)，則以實際課程中神經超音波相關課所佔總時數為計，一小時為一學分。若為台灣神經生理技術學會所舉辦之年會，則所有課程學分數全部承認；月會只要其中一堂課為神經超音波，則兩小時之學分數全部承認。

(附件三) **台灣神經生理技術學會神經超音波技師認證考試**

注意事項

- (1)複查申請應於規定期限前(以郵戳為憑)提出申請。
- (2)本表內姓名、身分證號碼及原來得分、考生簽章應逐項填寫清楚。
- (3)將此申請書、成績通知單影本以掛號郵寄本學會。
- (4)郵寄信封上寄件人姓名、地址及聯絡電話請填寫正確，以憑回覆。

筆試成績複查申請書

申請 考生	姓名	考生簽章	複查回覆事項
身分證號碼			
原始 成績			
複查 成績 <考生勿填>			

(附件四) 台灣神經生理技術學會神經超音波技師認證考試

注意事項

- (1) 複查申請應於規定期限前(以郵戳為憑)提出申請。
- (2) 本表內姓名、身分證號碼及原來得分、考生簽章應逐項填寫清楚。
- (3) 將此申請書、成績通知單影本以掛號郵寄本學會。
- (4) 郵寄信封上寄件人姓名、地址及聯絡電話請填寫正確，以憑回覆。

口試成績複查申請書

申請人	姓名			複查回覆事項： (考(考生勿填)生勿填) (考生勿填)
	身分證號碼			
	第一部分	第二部分	第三部分	
原始分數				
考簽 生章				
複查得分 (考生勿填)	第一部分	第二部分	第三部分	回覆日期

(附件五) 台灣神經生理技術學會神經超音波技師認證考試補行口

試報名表

姓名	中文	性別	身分證字號	年 月 日	照片兩吋 脫帽半身照
	英文				
執業證書	年 月 日 字 第 號	出生日期	年 月 日		
聯絡電話		手機號碼			
聯絡地址					
現 職					
E-mail					
筆試通過年度(注四)	民國 年	證件齊否 (由本會填寫)	<input type="checkbox"/> 齊 <input type="checkbox"/> 否		
一、上述資料均屬實情，本人如提供不實資料將同意台灣神經生理技術學會撤照處分，特此簽名，以示負責。					
申請人簽名：_____					
日 期： 年 月 日					
甄審結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 (由本會填寫)			簽章：		

注意事項：

1. 根據台灣神經生理技術學會神經超超音波技師認證考試辦法，第一章第四條，申請人必須在筆試合格後 兩年內開始參加口試，且需在筆試合格後五年內完成口試。倘若申請人未能在五年內或參加四次內通過口試，則需重新參加筆試。除特殊因素提前向本學會申請並經學會通過外，均不得延長口試及實地操作考年限。
2. 請隨此報名表附上筆試及格證明文件影本
3. COVID-19 疫情特殊條例：(經 110 年 7 月 24 日第十屆第四次理監事會議通過)
因應 COVID-19 疫情 110 年通過筆試者，發給筆試及格證書，每年需有 6 學分持續上課證明，方能有參加口試資格及維持筆試及格證書之有效性。學會再視 COVID-19 疫情調整筆試及格證書使用規則。