彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

代訓暨聯合訓練人員申請表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 英文姓名 | | | |  | | | 身份證字號 | | |  | | | (貼1吋或2吋  大頭照) | |
| 手機號碼 |  | 性別 | | | | 男 女 | | | 出生日期 | | | 年 月 日 | | |
| 戶籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | |
| 服務機構 |  | 服務科別 | | |  | | | | 職稱/職級 | | |  | | |  | |
| **學 歷：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學校名稱 | | | 科系 | | | | | | | 學制 | | | | 修業期間 | | |
|  | | |  | | | | | | | 博士 碩士 大學  四技 二技 專科 | | | | 年 月至 年 月 | | |
| **經 歷：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務機構名稱 | | 科別 | | | | | | 服務期間(請連續勿中斷) | | | | | 職級 | | | 職稱 |
|  | |  | | | | | | 年 月至 年 月 | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | | 年 月至 年 月 | | | | |  | | |  |
| **申請代訓單位/方式/期間：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代訓單位 |  | | | | | | 代訓方式：見習 訓練  PGY聯合訓練其他\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 代訓內容 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代訓期間 | 自 年 月 日至 年 月 日，計 天。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代訓時間 | 全天； Part-time，說明頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申請代訓類別：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.醫師代訓  住院醫師專科訓練  次專科訓練、主治醫師代訓  OSCE(醫學生)  2. 主管代訓  組長、護理長  課長、督導長  主任、副主任 | | | | 3.一般專業代訓  糖尿病衛教師訓練  營養師訓練  藥師訓練  醫事放射訓練  醫事檢驗訓練  護理/助產臨床訓練  呼吸治療師訓練  物理治療師訓練  職能治療師訓練 | | | | | | | 語言治療師訓練  臨床心理師訓練  社工師(員)訓練  行政專業訓練  二年期新進醫事人員訓練計畫聯合訓練  專科護理師培育訓練  麻醉專科護理師培育訓練  感染管制師實務訓練  甲類□乙類 安寧病房見習  其他： | | | | | |
| **應檢附文件：(以下各項繳交資料，請按順序排列於後，並於左上方使用迴紋針或訂書針固定)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.人員申請表  2.訓練計畫書  3.畢業證書(影本)  4.醫事人員證書(影本)  5.執業執照(影本)  6.急救證書影本(醫師-ACLS;非醫師-CPR)  7.代訓切結書(醫師)  8.體檢報告單\*  9.醫事人員報備支援申請核可書  10.實習代訓系統註冊及申請(http://www2.cch.org.tw/EPT/)  ＊體檢項目：一年內胸部X光、一年內B型肝炎抗原抗體、五年內麻疹抗體、五年內水痘抗體檢驗報告單、新冠肺炎疫苗施打紀錄。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請申請人連同檢附文件於受訓前**一個月**繳交本院教學部代訓業務承辦人。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 執業執照影本 | |
| 正面影本 | 背面影本 |
| 管制藥品執照影本(醫師) | 急救證書影本 |
| 正面影本 | 正面影本  (醫師-ACLS;非醫師-CPR) |
| 身份證正反面影本(若有支領執業費用) | |
| 正面影本 | 背面影本 |
| 銀行帳戶封面影本(若有支領執業費用) | |
|  | |