

檔 號：
保存年限：

長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院 函

地址：333桃園市龜山區頂湖路123號
承辦人：江祥綾
電話：03-3196200
分機：2435
傳真：
電子信箱：hujitagorou@cgmh.org.tw

受文者：彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

發文日期：中華民國115年02月05日

發文字號：長庚院桃字第1150200035號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：(2026代訓項目與聯絡窗口.pdf、附件二、代訓醫事人員申請表.pdf、附件三、同意書.pdf)

主旨：本院接收各醫院薦送具「臨床醫事人員培訓計畫」訓練資格之學員至本院代訓，依說明辦理，請查照。

說明：

- 一、為促進教學醫院間相互合作，共同提升醫療品質，本院接受各層級醫院薦送具「臨床醫事人員培訓計畫」訓練資格之學員至本院代訓，歡迎有意願之機構與本院相關單位接洽。
- 二、本院接受代訓類別共6類：中醫師、護理師、藥師、物理治療師、呼吸治療師及營養治療師。
- 三、檢附2026年桃園長庚紀念醫院代訓項目與聯絡窗口(附件一)、代訓醫事人員申請表和同意書(附件二、附件三)，惠請公告並轉知各職類教學承辦人。

正本：醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院、衛生福利部臺北醫院、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院、行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院、基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院、振興醫療財團法人振興醫院、國泰醫療財團法人汐止國泰綜合醫院、天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院、天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院、輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院、衛生福利部桃園醫院、國軍桃園總醫院、臺北榮民總醫院桃園分院、天成醫院、仁愛醫療財團法人

大里仁愛醫院、亞洲大學附屬醫院、澄清綜合醫院、澄清綜合醫院中港分院、衛生福利部彰化醫院、怡仁綜合醫院、佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處、國泰醫療財團法人國泰綜合醫院、臺中榮民總醫院、天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院、衛生福利部苗栗醫院、義大醫療財團法人義大醫院、健仁醫院、天成醫療社團法人天晟醫院、敏盛綜合醫院、安泰醫療社團法人安泰醫院、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院、國軍花蓮總醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院、天主教聖功醫療財團法人聖功醫院、義大醫療財團法人義大癌治療醫院、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、長庚醫療財團法人嘉義長庚紀念醫院、東元醫療社團法人東元綜合醫院、中國醫藥大學新竹附設醫院、臺北市立聯合醫院、大千綜合醫院、衛生福利部臺中醫院、衛生福利部豐原醫院、國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處、林新醫療社團法人林新醫院、李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院大甲院區、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、林新醫療社團法人烏日林新醫院、衛生福利部南投醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院、彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院、衛生福利部嘉義醫院、高雄榮民總醫院臺南分院、高雄市立民生醫院、衛生福利部旗山醫院、衛生福利部屏東醫院、寶建醫療社團法人寶建醫院、輔英科技大學附設醫院、東基醫療財團法人台東基督教醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院、長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院、長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院、新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、衛生福利部臺南醫院、衛生福利部胸腔病院、台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)、奇美醫療財團法人佳里奇美醫院、奇美醫療財團法人柳營奇美醫院、台南市郭綜合醫院、高雄市立聯合醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院、國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院、臺中榮民總醫院嘉義分院、戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院、臺北醫學大學附設醫院、新北市立聯合醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院、衛生福利部樂生療養院、國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院、臺北榮民總醫院新竹分院、李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院、為恭醫療財團法人為恭紀念醫院、中山醫學大學附設醫院、中國醫藥大學附設醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、奇美醫療財團法人奇美醫院、高雄榮民總醫院、聯新國際醫院、國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院、長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院、天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院、衛生福利部基隆醫院、長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院、國立陽明交通大學附設醫院

副本：



長庚醫療財團法人桃園長庚紀念醫院
2026年各職類聯合訓練項目與窗口

訓練職類	訓練單位	訓練課程及項目	訓練時間	評估機制	聯絡人/聯絡方式
中醫師	中醫部	中醫醫療機構負責醫師訓練計劃之訓練 中醫內科 中醫兒科 中醫婦科 中醫針灸科 中醫骨傷科	依計畫規定之時程	依計畫規定進行評估	黃玉佩行政秘書 03-3196200轉2625 keira@cgmh.org.tw
護理師	護理部	1. 顱顏外科護理訓練 2. 慢性精神護理訓練 3. 中醫護理 4. 復健科護理訓練 5. 安寧緩和療護	正常上班日白班 (每次至少4小時·訓練次數須達2 次以上·總訓練時間至少8小時)	1. 學習成效評核表 2. 代訓學員對臨床教師回饋表 3. 訓練出勤表 4. 課程滿意度調查表	王惠萍教研組護理長 03-3196200轉2555 nove@cgmh.org.tw
藥師	藥劑科	1.化療治療調劑 2.機構式藥事照護	1.化療治療調劑(1-4週) 2.機構式藥事照護(2日)	1. 學前評核表 2. 訓練評核表 3. DOPS教學評量	郭怡琛副組長 03-3196200轉2015 ninakuo118@cgmh.org.tw
物理治療師	復健科物理治療	神經物理治療	6個月	1. 迷你臨床演練(Mini-CEX評核表) 2. 病例報告 3. 訓練課程期中與期末回饋表	李言貞物理治療師 03-3196200轉2300 liyc@mail.cgu.edu.tw
呼吸治療師	呼吸治療科	基礎呼吸治療訓練	依計畫規定之時程(13~15日)	1. Mini-CEX或 DOPS技術評核通過 2. 聯合訓練學習回饋表 3. 聯合訓練自我評量表	吳貞瑩呼吸治療師 0917685927 nicole979987@cgmh.org.tw
營養師	營養治療科	長期照護	依計畫規定之時程(5日)	1. 臨床營養照護考核(Mini-CEX評核表) 2. 指導營養師評量表	陳秉辰專業營養師 0975366332 eddie790329@cgmh.org.tw

代訓醫事人員申請表

附表一

院區：林口 桃園 基隆 高雄 嘉義 土城醫院

填表日期： 年 月 日

代訓基本資料	委託機構		人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師： <input type="checkbox"/> 主治醫師 <input type="checkbox"/> 住院醫師 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 藥劑 <input type="checkbox"/> 檢驗 <input type="checkbox"/> 醫技	代訓類別	本國： <input type="checkbox"/> 見習 <input type="checkbox"/> 實習 外國： <input type="checkbox"/> 臨床進修一年(含)以上 Fellow <input type="checkbox"/> 臨床進修未滿一年 Visiting Scholar
	代訓期間	1.自____年____月____日至____年____月____日止，共計____年____月____日 2. <input type="checkbox"/> 全時間 <input type="checkbox"/> 部分時間，時段：				
	人員姓名		身份證(護照)號碼		國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國：國別_____
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日		畢業學校	
	E-mail			語言	可註明多種語言	
	執業國家	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國：國別_____	醫事人員證照字號		必要檢附文件	<input type="checkbox"/> 推薦函 <input type="checkbox"/> 訓練計劃書 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本 <input type="checkbox"/> 代訓同意(外國臨床進修保密切結)書 <input type="checkbox"/> 執業執照影本 <input type="checkbox"/> 醫事人員專業證書影本 <input type="checkbox"/> 急救訓練證明 <input type="checkbox"/> 護照(外國適用) <input type="checkbox"/> 國外醫療機構執行業務一年以上之證明(外國適用) <input type="checkbox"/> 健康檢查報告(外國適用) <input type="checkbox"/> 特定國家簽證保證書(外國適用) <input type="checkbox"/> 旅遊與醫療保險證明(外國適用)
本院受理部門	<input type="checkbox"/> 首次申請： 1. <input type="checkbox"/> 同意代訓，代訓科別：_____負責指導老師：可填寫多位 2.訓練項目：可填寫多項 3. <input type="checkbox"/> 跨院區訓練：院區：_____科別：_____，期間：自____年____月____日至____年____月____日止， <input type="checkbox"/> 全時間 <input type="checkbox"/> 部分時間，時段： 4. <input type="checkbox"/> 擬收取代訓指導費_____元/月 <input type="checkbox"/> 擬不收取代訓指導費 5.申請訓練項目(適用本國主治醫師類)： <input type="checkbox"/> 專科發展特色醫療 <input type="checkbox"/> 非專科發展特色醫療 其他院區有無提出該訓練項目之訓練需求： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 6.其他擬申請事項： <input type="checkbox"/> 單舍 <input type="checkbox"/> 公務用 GSM 手機 <input type="checkbox"/> 識別證： <input type="checkbox"/> 正式 <input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 其他：_____ 7. <input type="checkbox"/> 申請臨床進修獎學金(每月上限 2.4 萬元)：_____元，自____年____月____日至____年____月____日止，申請補助一年，檢附自傳、臨床進修學習計畫、任職期間已發表論文及著作等、長庚醫院獎學金申請同意書。					
	<input type="checkbox"/> 異動申請：(請檢附前次呈准代訓申請文件) <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">本表改採電子表單進行</div> 1. <input type="checkbox"/> 訓練計劃調整(含訓練日期及地點)說明： 2. <input type="checkbox"/> 外國臨床進修醫事人員延長進修(請檢附衛福部延長進修同意函) 3. <input type="checkbox"/> 續申請臨床進修獎學金(每月上限 2.4 萬元)：_____元，自____年____月____日至____年____月____日止，申請補助一年，檢附文件同首次申請。 部門一級主管(科部主任)：_____ 部門二級主管(科(系)主任)：_____					
本院審理部門	管理課	其他申請事項審查如下(適用勾選其他申請事宜)： <input type="checkbox"/> 同意核給 <input type="checkbox"/> 無法安排，說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他說明：_____ 主管：_____ 經辦：_____				
	院區經管組	評估說明(適用「本國主治醫師」、「醫技」人員申請)： 1.其他院區訓練需求： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請優先安排訓練) 2.說明：_____ 主管：_____ 經辦：_____				
	教學部	1. <input type="checkbox"/> 符合申請規定 <input type="checkbox"/> 不符合申請規定，說明：_____ 2.代訓指導費： <input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定，說明：_____ 3.外國臨床進修超過三個月臨床實作： <input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定，說明：_____ 4.申請專科醫師訓練須檢附院長核准簽呈： <input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定 醫教會主席：_____ 主管：_____ 經辦：_____				
院長	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，說明：_____ 院長：_____					
代訓本國主治醫師	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意： 行政中心人資部： <input type="checkbox"/> 符合規定： <input type="checkbox"/> 擬同意本國代訓主治醫師申請。 <input type="checkbox"/> 會簽相關單位 <input type="checkbox"/> 其他說明：_____ 主任委員：_____ 主管：_____ 經辦：_____					

本表流程：本院受理部門→院區管理課→(本國主治醫師與其他人員申請者)院區經管組→院區教學部→院長→(有申請本國代訓主治醫師)行政中心人資部→主任委員

委託代訓機構及代訓人員同意書

立同意書人即本機構_____（以下簡稱乙方）茲選送_____（身分證號碼：_____，以下簡稱丙方）委託長庚醫療財團法人_____長庚紀念醫院（以下簡稱甲方）代訓，乙、丙方同意履行以下條款：

一、代訓期間：自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。

二、保密義務約定：

（一）丙方就下列因代訓業務或於代訓時間獲悉所有甲方病人或甲方未主動公開之資訊，負有保密義務：

1. 所有討論內容、文件、紀錄、圖片、手稿、程式、計畫、資料庫與其他相關資料，如病患基本資料、就醫紀錄等，包括且不限於以文字、聲音、影像、軟體等形式紀錄者。
2. 尚未公開於大眾週知或他人無法依正當合法途徑探知者。

（二）對於前條所定之資訊，非經甲方事前書面同意，丙方不得為下列行為：

1. 提供、交付、洩露或以任何方式或因任何原因而移轉予第三者。
2. 擅自使用於非甲方所指定或委託之代訓內容。
3. 擅自拷貝、照相或以其他方法複製全部或部分內容。
4. 以任何方式提供第三人使用或參考。

（三）丙方於辦公室內得與其他第三人討論或交流相關資訊，如因此而獲之甲方未主動公開或甲方病人之資料，丙方應負保密義務。

（四）丙方應依本同意書之約定永久遵守保密義務，不因代訓結束而失效。

三、醫療糾紛損害賠償：丙方在甲方受訓期間內所發生之醫療糾紛或其他爭議，除可歸責於甲方外，概由乙方及丙方負連帶賠償責任。甲方可就該醫療糾紛或其他爭議事件依法院判決或受害人或依法有損害賠償請求權人在訴訟上或訴訟外達成和解，因此所需給付損害賠償金，乙方及丙方同意於判決確定或和解成立之日起七日內如數連帶給付甲方賠償金、律師費、訴訟費及其他因此所生之費用。

四、其他約定：丙方於代訓期間之訓練、考核、假勤管理及懲處須遵照甲方之相關規定及處分，乙方及丙方絕無異議；丙方若違反本同意書之約定或侵害甲方或第三人權利，乙方及丙方應對甲方或第三人負連帶賠償責任。

五、涉訟管轄：本同意書之效力與其釋義應遵循中華民國相關法律。本同意書所衍生之爭議與訴訟，應以甲方所在地之地方法院為第一審管轄法院。

六、本同意書壹式三份，由甲、乙、丙三方各執乙份為憑。

立同意書人

乙方：_____（簽章）

代表人：

地址：

電話：

丙方：_____（簽章）

身分證號碼：

戶籍地址：

電話：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日