

代訓醫事人員申請表

院區：林口 桃園 基隆 高雄 嘉義

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="radio"/> 主治醫師 <input type="radio"/> 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
	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
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	學歷	
	執業國家	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國	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"/> 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)
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： 2. <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： 3. <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 4. 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 5. 其他擬申請事項： <input type="checkbox"/> 單舍 <input type="checkbox"/> 眷舍 <input type="checkbox"/> 公務用 GSM 手機 <input type="checkbox"/> 臨時識別證 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	<input type="checkbox"/> 異動申請：(請檢附前次呈准代訓申請文件) 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)				
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：_____			
	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：_____			
	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：_____				
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"/> 不符合規定，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