

長庚醫療財團法人

規章編號

M02004

代訓醫事人員作業準則

制定部門：行政中心

原訂日期：2008年11月20日

新訂日期：2021年12月20日

本著作非經著作權人同意，不得轉載、翻印或轉售。

著作權人：長庚醫療財團法人

# 目錄

	章頁 別次
第一章 總則	-----
1.1 政策與目的	1-1
1.2 申請機構及申請人員資格	1-1
1.3 本國醫事人員代訓	1-1
1.4 外國臨床進修	1-2
第二章 申請程序與代訓費用	
2.1 申請程序	2-1
2.2 訓練名額	2-2
2.3 代訓指導費之收取標準及分配、 使用原則	2-2
第三章 代訓期間相關規定	
3.1 本國代訓人員	3-1
3.2 外國臨床進修人員	3-1
第四章 訓練、評核、假勤管理及異常處理	
4.1 訓練、評核、假勤管理	4-1
4.2 異常處理	4-1
第五章 定期評核與核發證明	
5.1 定期評核及代訓證明之核發	5-1
5.2 實施及修訂	5-1
附 件	
附件一 各國人均國內生產總值列表 排名後 50%國家	A-1
附 表	
附表一 代訓醫事人員申請表	B-1
附表二 國外醫學相關學系學生來院 見習申請表	B-2
附表三 委託代訓機構及代訓人員同 意書	B-3
附表四 外國臨床進修人員保密切結 書(英文版)	B-4
附表五~1 代訓人員學習成效評核表 (中文版)	B-5
附表五~2 代訓人員學習成效評核表 (英文版)	B-6
附表六 代訓證明申請表	B-7

## 第一章 總則

### 1.1 政策與目的

- (1)政策：規範代訓人員申請、訓練、考核作業標準與管理原則，以利相關業務之運作符合國家法令及本院規定，並落實推動與提升代訓成效。
- (2)目的：為加強本院與其他機構之合作關係與維持本院醫療競爭力，以達促進醫學教育及提升醫療服務品質之目的，特訂定本準則。

### 1.2 申請機構及申請人員資格

#### (1)申請機構資格：

- A. 國內外「醫院」(含)以上層級之醫療機構(不含大陸地區)。
- B. 國內外政府或學術機構(不含大陸地區)。
- C. 與本院訂有醫療合作合約之其他機構。
- D. 屬本院實施「開放性」醫療院區之特殊需求者。
- E. 衛生福利部核定之牙醫聯合訓練群組內之診所。
- F. 衛生福利部「健全中醫師臨床訓練制度-中醫負責醫師訓練計畫」之中醫診所。

#### (2)申請人員資格：

- A. 本國籍人員：
  - a. 各類醫事人員皆須具有本國中央衛生主管機關核發之醫事人員證照。
  - b. 若所申請委訓之職務未有本國中央衛生主管機關核發之專業醫事證照，則須視申請需求個案評估。
  - c. 住院醫師人員：曾任本院住院醫師因故未獲續聘者(如：訓練期間表現不佳、行政懲處等)，不得再受理返回本院專科代訓。
- B. 外國籍人員：
  - a. 各類醫事人員皆須具有外國醫事證書或證照。
  - b. 若所申請委訓之職務未有本國中央衛生主管機關核發之專業醫事證照，則須視申請需求個案評估。

### 1.3 本國醫事人員代訓

代訓類別分為「見習」及「實習」兩類，區分如下：

- (1)「見習」：屬「觀察員」性質，僅限於參加討論會及臨床觀摩。
- (2)「實習」：
  - A. 屬委託訓練性質，得在本院合格師資指導下進行臨床實務訓練。
  - B. 申請「全時間」訓練之人員，其來院時間及工作職責均須比照所申請訓練項目於本院同職級人員之規定。

### 1.4 外國臨床進修

- (1)外國醫事人員(係指合法領有外國醫事人員證書之醫師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士等)，經領有外國醫事人員證書，並於國外醫療機構執行醫療業務一年以上者，於教學醫院指派醫事人員指導下得提出臨床進修申請，且臨床進修期

間以二年為上限，必要時須再函送衛生福利部申請延長期限及備查，其延長期間總計不得逾二年，且應先取得衛生福利部延長進修期間同意函，始得申請辦理本院臨床進修延長。

- (2) 接受特定國家(如敘利亞、伊拉克等國)醫事人員來臺臨床進修申請停留簽證，應依外交部「特定國家人士來臺申請停留簽證手續」規定之國家與辦理簽證擔保。
- (3) 衛生福利部申請時程：應於預定開始臨床進修日前一個月，進修期間若逾三個月者，應於開始臨床進修日之三個月前提出。
- (4) 臨床進修時間未超過三個月者，不得執行臨床實作訓練；臨床進修超過三個月以上人員涉及臨床實作訓練時，應獲病人同意，受訓人員不得獨立執行侵入性之醫療行為，須指派負責指導人員於現場指導。
- (5) 外國醫事人員臨床進修規範皆依衛生福利部頒佈之「教學醫院接受外國醫事人員從事臨床進修或教學申請作業要點」及核備同意函釋辦理。

## 第二章 申請程序與訓練員額

### 2.1 申請程序

- (1) 須由委訓機構具函本院並檢附送訓計劃及擬送訓人員之相關資料向本院提出申請，並由本院受理訓練部門填具「代訓醫事人員申請表」(附表一)，國外醫學相關學系學生來院見習申請填具「國外醫學相關學系學生來院見習申請表」(附表二)，併同上述文件依呈核程序提出申請。若本院受理訓練部門未具委訓醫事人員訓練資格，於正式向委訓機構說明原由後即取消其申請案件。
- (2) 本國委託代訓機構及代訓人員應簽署「委託代訓機構及代訓人員同意書」(附表三)，外國臨床進修人員簽署「外國臨床進修人員保密切結書(英文版)」(附表四)。
- (3) 外國醫事人員臨床進修之本院申請時程：申請單位應依規定備齊所有申請文件，須於衛生福利部規定申請日之前四週工作日向審理部門提出申請。
- (4) 申請必要檢附文件：
  - A. 本國代訓人員：在職機構推薦函、訓練計畫、畢業證書影本、醫事證書影本、執業執照影本、委託代訓機構及代訓人員同意書。
  - B. 外國臨床進修人員：在職機構推薦函、臨床進修計畫、畢業證書影本、醫事證書影本、執業執照影本、護照影本、國外醫療機構執行業務一年以上之證明文件(出具日期不得逾申請日期前六個月)、具含胸部 X 光肺結核檢查、梅毒血清檢查、麻疹及德國麻疹等之健康檢查報告、特定國家之中華民國簽證保證書、旅遊與醫療保險證明。
- (5) 首次申請代訓期間若有跨院區訓練或申請呈准後須調整訓練計劃(含地點)，主訓申請單位應以「代訓醫事人員申請表」提出申請或異動，且須填報訓練院區、科別與訓練期間、時段，並檢附跨院區專科主任同意文件，送院區教學部審理，副本會簽跨院區教學部，並依下列審理流程核簽。
- (6) 各類醫事人員審理流程：
  - A. 「住院醫師」、「國外醫學生」類人員：受理部門→教學部→院長。
  - B. 「主治醫師」類人員：
    - a. 本國主治醫師：受理部門→經管組→教學部→院長→行政中心人資部→主任委員核定；其受理部門應先評估申請之訓練項目是否為專科發展特色醫療，其他院區有無提出該訓練項目之訓練需求，並經院區經管組評估審查，由教學部呈報院長核簽，送行政中心人資部審理後，呈主任委員核定。
    - b. 外國主治醫師：受理部門→教學部→院長。
  - C. 「護理」類人員：受理部門→護理部→教學部→院長。
  - D. 「藥劑」類人員：受理部門→藥劑部→教學部→院長。
  - E. 「檢驗」類人員：受理部門→醫檢部→教學部→院長。
  - F. 「醫技」類人員：受理部門→經管組→教學部→院長。

(7)經核准後，應再辦理院外程序如下：

- A. 本國籍人員：申請至本院「實習」者，應於來院前由委訓機構向所屬地方衛生主管機關辦妥報備支援手續。
- B. 外國籍人員：外國人及華僑領有中華民國醫師證書者，依衛生福利部「領有醫師證書之外國人及華僑執業管理辦法」規定辦理。外國醫事人員(合法領有外國醫事人員證書之醫師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士及其他醫事專門職業證書之人員)，須依衛生福利部規範之「教學醫院接受外國醫事人員從事臨床進修或教學申請作業要點」向衛生福利部辦妥申請函備手續。  
上述人員均須於取得相關證明文件後，始得至本院辦理報到。
- C. 申請跨院區訓練者，由主訓院區教學部審查後函送衛生福利部核備，俟代訓單位收到衛生福利部核備函文後，繳交院區教學部備查。

(8)若有須申請延長訓練情形，亦須由原委訓機構再來函並檢附擬延長之訓練計劃，依原申請程序再層呈核定。

## 2.2 訓練名額

- (1)各單位應依其合格師資名額訂定可提供代訓員額，此員額最高不得超過該單位之合格師資人數。
- (2)「醫師」人員擬申請接受本院部定(或次專科)專科醫師訓練者，應於本院當年度該專科之部定(或次專科)核定訓練容額仍有缺額時，且：
  - A. 須先以「簽呈」經呈院區院長核准始得受理，簽呈內容需包含該專科訓練容額、缺額人數、委訓機構擬借訓名額、訓練計畫及訓練期間等。
  - B. 申請接受次專科訓練者，須先完成部定專科訓練。

## 2.3 代訓指導費之收取標準及分配、使用原則

- (1)代訓指導費之每月收費標準如下(若未足月則可依實際日數比例折抵)：
  - A. 「醫師」人員：每名每月以 10,000 元為上限。
  - B. 「非醫師」人員：每名每月以 5,000 元為上限。
  - C. 「國外醫學生」人員：每名每週 3,000 元，與本院簽署國際合作備忘錄之學校則免收費。
- (2)上述收費標準上限，由受理部門於受理申請案時，逐案依委訓機構與本院之合作關係及本次代訓之資源耗用度等因素，評估是否收取代訓指導費及費用收取額度等事宜，並於代訓申請表內一併呈核，經核准後始得辦理。
- (3)代訓指導費之撥款、分配與核銷原則：  
比照本院「學生實習管理辦法」原則辦理，費用撥入以 70%撥入代訓單位、30%撥入醫院為原則。

### 第三章 代訓期間相關規定

#### 3.1 本國代訓人員

- (1)屬「全時間實習」一年(含)以上人員須辦理報到手續並建立人事檔，發給正式識別證；其餘「實習未滿一年」、「部分時間實習」或屬「見習」等人員不須建立人事檔，僅發給臨時識別證。
- (2)體檢規定：
  - A. 體檢項目：胸部 X 光檢查、B、C 型肝炎、麻疹及德國麻疹檢驗。
  - B. 代訓人員須於報到前 10 日至本院自費辦理體檢，並於報到時繳驗合格體檢證明；若未至本院辦理體檢則須於報到當日出示「三個月內胸部 X 光」、「三個月內麻疹、德國麻疹抗體」及「六個月內 B、C 型肝炎」檢查(驗)合格報告，若未具 B 型肝炎、麻疹及德國麻疹抗體者必須檢附疫苗施打紀錄，或有接種禁忌者，則提供暫不適宜預防接種證明(須為勞動部指定之體格檢查醫療機構，且為地區醫院以上者)，經本院考勤部門查驗無誤者，始發給本院正式(臨時)識別證。
- (3)本院原則上不提供代訓人員之住宿及任何津貼；若訓練期間確有特殊需求者(如宿舍、公務用 GSM 手機等)，得由本院受理部門於申請表內一併提出申請，經相關部門審查認可予提供且呈院長核定後始得發給，且由該代訓人員自行負擔所有費用(費用均比照本院員工標準收費)，並應於結訓時辦理結清手續。

#### 3.2 外國臨床進修人員

- (1)報到與體檢相關庶務規定：
  - A. 皆須辦理報到手續並建立人事檔，發給正式識別證，且於報到當日提供三個月內之「胸部 X 光肺結核檢查、梅毒血清檢查、麻疹及德國麻疹」、「六個月內 B、C 型肝炎」檢查(驗)合格報告，若未具 B 型肝炎、麻疹及德國麻疹抗體者必須檢附疫苗施打紀錄(有接種禁忌者，提供暫不適宜預防接種證明)，或於本院自費辦理體檢；若檢查(驗)結果未合格者，本院得視情節呈院長核定終止本項訓練。
  - B. 來院臨床進修一年(含)以上者，得申請發給短袍醫師服二件；未滿一年者，得申請發給短袍醫師服一件。
  - C. 來院臨床進修期間得申請免費住宿本院單身宿舍；臨床進修一年(含)以上者得申請自費住宿本院其他員工宿舍，費用標準亦比照本院員工收費；惟若為各國人均國內生產總值(GDP)之購買力平價(Purchasing Power Parity, PPP)排名後 50%國家(附件一)來院臨床進修，得提供申請全免費住宿。
  - D. 臨床進修期間之就醫診療，由臨床進修人員全額負擔。
- (2)臨床進修人員以本院名義發表 SCI 論文之獎勵方案：

類別	獎勵金額	備註
原始論著 (Original Paper)	10,000 元/人/篇	1. 臨床進修人員檢附該論文抽印本或論文接受函(須連



類別	獎勵金額	備註
研究簡報 (Brief Report)	8,000 元/人/篇	同論文草稿)送交本院代訓 專科指導教授協助提出申 請。 2. 付款方式依本國稅法規定 匯款，匯差由本院自行吸 收。
案例簡報 (Case Report)	5,000 元/人/篇	

(3)其餘外國「非醫師」人員之相關事宜，依個案申請事由逐案審核。

## 第四章 訓練、評核、假勤管理及異常處理

### 4.1 訓練、評核、假勤管理

- (1) 國內代訓人員應於到院前完成與申請職務相應之急救訓練並檢附效期內之訓練合格證明，代訓人員之到職訓練依「訓練管理辦法」辦理。
- (2) 外國臨床進修人員到職必要訓練課程，包含醫院及部門介紹、個人資料保護及病人安全、臨床進修期間規範，由院區教學部安排進行網路或課室學習。
- (3) 國內住院醫師全時段代訓期間一年(含)以上者，得申請醫囑作業開立權限、醫師職章，及依報備支援起訖期間建立醫師檔。
- (4) 各類國內代訓與外國臨床進修人員應依委訓項目所屬本院同職級人員之訓練內容與提報之訓練計劃進行考核，以為核發代訓證明之憑據。
- (5) 國內代訓與外國臨床進修人員之假勤情形由部門主管負責，未達應出勤日數之80%者，不予核發代訓證明。

### 4.2 異常處理

國內代訓與外國臨床進修人員因醫療行為或個人品德有所過失，應由該部門主管主動提報呈核院區院長，並依核定結果處理如下：

- (1) 經核定達本院過級處分標準者，應予中止代訓或臨床進修，且不退還其訓練費用；本院並應具函通知原申請機構，停止受理該機構委託本院代訓其所屬醫事人員之申請，且經本院中止代訓或臨床進修者，將列入為本院永不錄用名單中。
- (2) 若未達過級處分之其他疏失，亦應由本院具函通知原申請機構說明原委，且列入後續本院受理該委託機構申請之評估考量。
- (3) 各類人員訓練期間，部門主管與負責指導老師應善盡督飭之責，如有故意不照規定辦理或其他隱瞞事實者，發生重大異常違反國家法令致影響本院受理訓練或臨床進修資格，依「人事管理辦法」及「主治醫師管理作業準則」之獎懲作業辦理。

## 第五章 定期評核與核發證明

### 5.1 代訓人員定期評核及代訓證明之核發

#### (1) 代訓人員定期評核原則

- A. 委訓機構申請代訓時，須同時檢附「訓練計畫書（含訓練項目、內容、學習目標、評核標準）」及「學習成效評核表」（中、英文版，如附表五~1-2），於代訓期間由代訓單位指導教師予以評核及回饋，如評核結果未達預期目標者，代訓指導教師應提報處理對策。
- B. 評核時間：
  - a. 代訓期間3個月(含)以下者，代訓人員應於結訓前完成學習成效評核。
  - b. 代訓期間超過3個月以上者，應每3個月接受評核，直至結訓為止。
- C. 評核表呈核流程：
  - a. 代訓人員於結訓前(或每季)完成自評，交由代訓單位指導教師進行複評及提供建議與回饋，經代訓部門一級主管評估訓練結果核定；代訓單位須申請「代訓證明」者，評核表經部門一級主管審閱核簽後，應送呈醫教會主席核簽，影本由教學部存查。
  - b. 若至本院進行專科醫師訓練之代訓醫師，則依本院『住院醫師任免作業準則』第六章考核相關規定辦理。

#### (2) 代訓證明之核發

- A. 見（實）習或臨床進修結束須通過本院評核，且完成結訓相關手續者，始予核發代訓證明。
- B. 代訓證明由本院受理部門提出申請（申請表格式，如附表六），經與申請時相同程序審核後由院區教學部製發（補發程序亦同），並於證明中註明該名代訓人員在本院之代訓類別（實習、見習或臨床進修）及受訓期間。

### 5.2 實施及修訂

本準則經長庚決策委員會主任委員核准後實施，修改時亦同。

各國人均國內生產總值列表(購買力平價)排名後 50%國家

排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份	排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份	排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份
100	委內瑞拉	12,400	2017 est.	131	安哥拉	6,800	2017 est.	161	坦尚尼亞	3,300	2017 est.
101	庫克群島	12,300	2010 est.	132	剛果	6,700	2017 est.	162	聖多美和 普林西比	3,200	2017 est.
102	諾魯	12,200	2017 est.	133	緬甸	6,300	2017 est.	163	塔吉克	3,100	2017 est.
103	多米尼克	12,000	2017 est.	134	奈及利亞	5,900	2017 est.	164	敘利亞	2,900	2015 est.
104	突尼西亞	12,000	2017 est.	135	尼加拉瓜	5,800	2015 est.	165	萬那杜	2,800	2017 est.
105	古巴	11,900	2016 est.	136	紐埃	5,800	2003 est.	166	尼泊爾	2,700	2017 est.
106	聖文森及格 瑞那丁	11,600	2017 est.	137	摩爾多瓦	5,700	2017 est.	167	塞內加爾	2,700	2017 est.
107	納米比亞	11,500	2017 est.	138	薩摩亞	5,700	2017 est.	168	查德	2,400	2017 est.
108	波士尼亞與 赫塞哥維納	11,400	2017 est.	139	東加	5,600	2017 est.	169	烏干達	2,400	2017 est.
109	厄瓜多	11,200	2017 est.	140	宏都拉斯	5,500	2017 est.	170	辛巴威	2,300	2017 est.
110	喬治亞	10,600	2017 est.	141	巴基斯坦	5,400	2017 est.	171	葉門	2,300	2017 est.
111	斐濟	9,900	2017 est.	142	東帝汶	5,000	2017 est.	172	馬利	2,200	2017 est.
112	史瓦帝尼	9,900	2017 est.	143	加納	4,600	2017 est.	173	貝南	2,200	2017 est.
113	巴拉圭	9,800	2017 est.	144	蘇丹	4,600	2017 est.	174	盧安達	2,100	2017 est.
114	利比亞	9,800	2017 est.	145	茅利塔尼亞	4,500	2017 est.	175	衣索比亞	2,100	2017 est.
115	牙買加	9,200	2017 est.	146	巴勒斯坦 國	4,300	2014 est.	176	索羅門群 島	2,100	2017 est.
116	亞美尼亞	9,100	2017 est.	147	孟加拉國	4,200	2017 est.	177	幾內亞	2,000	2017 est.
117	薩爾瓦多	8,900	2017 est.	148	柬埔寨	4,000	2017 est.	178	布吉納法 索	1,900	2017 est.
118	烏克蘭	8,700	2017 est.	149	尚比亞	4,000	2017 est.	179	吉里巴斯	1,900	2017 est.
119	不丹	8,700	2017 est.	150	賴索托	3,900	2017 est.	180	阿富汗	1,900	2017 est.
120	摩洛哥	8,600	2017 est.	151	象牙海岸	3,900	2017 est.	181	獅子山	1,800	2017 est.
121	蓋亞那	8,300	2017 est.	152	吐瓦魯	3,800	2017 est.	182	幾內亞比 索	1,800	2017 est.
122	貝里斯	8,300	2017 est.	153	巴布亞紐 幾內亞	3,800	2017 est.	183	海地	1,800	2017 est.
123	瓜地馬拉	8,200	2017 est.	154	吉爾吉斯	3,700	2017 est.	184	北韓	1,700	2015 est.
124	菲律賓	8,200	2017 est.	155	吉布地	3,600	2017 est.	185	甘比亞	1,700	2017 est.
125	玻利維亞	7,500	2017 est.	156	肯亞	3,500	2017 est.	186	多哥	1,600	2017 est.
126	寮國	7,400	2017 est.	157	喀麥隆	3,400	2017 est.	187	馬達加斯 加	1,600	2017 est.
127	印度	7,200	2017 est.	158	馬紹爾群 島	3,400	2017 est.	188	葛摩	1,600	2017 est.
128	烏茲別克	7,000	2017 est.	160	密克羅尼 西亞聯邦	3,400	2017 est.	189	南蘇丹	1,500	2017 est.
129	越南	6,900	2017 est.	158	馬紹爾群 島	3,400	2017 est.	190	厄利垂亞	1,400	2017 est.
130	維德角	6,900	2017 est.	160	密克羅尼 西亞聯邦	3,400	2017 est.				

各國人均國內生產總值列表(購買力平價)排名後 50%國家

排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份	排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份	排名	國家/地區	人均 GDP (國際元)	年份
191	莫三比克	1,300	2017 est.								
192	尼日	1,200	2017 est.								
193	馬拉威	1,200	2017 est.								
194	賴比瑞亞	900	2017 est.								
195	民主剛果	800	2017 est.								
196	蒲隆地	800	2017 est.								
197	中非	700	2017 est.								
198	索馬利亞	N/A	2017 est.								

## 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) 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： 主任委員：_____ 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

## 國外醫學相關學系學生來院見習申請表

院區：林口 基隆 高雄 嘉義

填表日期： 年 月 日

見習學生基本資料	人員姓名		人員類別	<input type="checkbox"/> 醫學生 <input type="checkbox"/> 護生 <input type="checkbox"/> 其他(類別：_____)	人員國籍	
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	護照(身分證)號碼		出生年月日	
	就讀學校		就讀學系		年級	
	見習期間	自____年____月____日至____年____月____日止，共計____年____月				
	委託類別	<input type="checkbox"/> 長庚大學(長庚技術學院)交換學生 <input type="checkbox"/> 國外大學或其他學術機構來函推薦 <input type="checkbox"/> 院內一級(含)以上主管推薦，推薦主管：_____				
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 見習計劃 <input type="checkbox"/> 個人履歷 <input type="checkbox"/> 個人在學證明影本 <input type="checkbox"/> 個人護照影本 <input type="checkbox"/> 機構推薦函				
本院受理部門	<p>1、<input type="checkbox"/>同意安排見習 <input type="checkbox"/>無法安排見習，說明：_____</p> <p>2、本次見習部門內負責人：_____</p> <p>3、<input type="checkbox"/>擬收取見習指導費_____元/月 <input type="checkbox"/>擬不收取見習指導費</p> <p>4、其他擬申請事項：<input type="checkbox"/>單舍 <input type="checkbox"/>臨時識別證 <input type="checkbox"/>門禁卡</p> <p>部門主管(科部主任)：_____ 部門主管(科系主任)：_____</p>					
教學部	<p>1、見習審核： <input type="checkbox"/>屬本國教育部認可之國外大學，擬同意本項見習申請 <input type="checkbox"/>非本國教育部認可之國外大學，擬不同意本項見習申請 <input type="checkbox"/>其他，說明：_____</p> <p>2、其他申請事項擬同意核給如下： <input type="checkbox"/>免費單舍(屬本體系學校交換學生) <input type="checkbox"/>自費單舍(非屬本體系學校交換學生) <input type="checkbox"/>臨時識別證 <input type="checkbox"/>門禁卡</p> <p>主席：_____ 主管：_____ 經辦：_____</p>					
院長	<p><input type="checkbox"/>同意 <input type="checkbox"/>不同意</p> <p style="text-align: right;">院長：_____</p>					

本表流程：本院受理部門↓院區教學部↓院長

## 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



## in \_\_\_\_\_ Chang Gung Memorial Hospital

I, \_\_\_\_\_, receive the clinical training in \_\_\_\_\_ Chang Gung Memorial Hospital (for the purpose of efficiency, collectively referred to herein as “CGMH”) from \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy) to \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy).

I. I agree to follow all CGMH’s rules, personnel regulations, health care policies and procedures, including standard precautions of patient safety, and all Taiwan’s laws and regulations during the training period, and fulfill my duty of patient care.

II. I agree to provide the results of my health examination to \_\_\_\_\_ CGMH under the premise of protecting my learning rights and personal health, and to ensure the security of CGMH’s patients that I care.

III. I agree to comply with CGMH’s discipline that at any time I will not disclose or spread any confidential information (including CGMH’s operation management, research, education, patients’ data and pictures etc.) to which I have or had access to any unauthorized individuals.

IV. According to the regulations set forth by the Taiwanese (R.O.C) government, I fully understand and accept that I am responsible for all expenses (including quarantine hotel costs, quarantine center costs, RT-PCR examination costs, COVID-19 diagnostic and treatment costs) that may arise due to the COVID-19 pandemic.

V. I understand there are disciplinary procedures in place for handling if I am not in a good mental or physical health (positive results of sexually transmitted diseases included). I further understand that if I violate any of the above terms, I may be subject to disciplinary action from my original organization and CGMH, including termination of clinical training contract.

VI. Jurisdiction: The legal effect and the interpretation to this Agreement shall be subject to the law of Republic of China (Taiwan). The local court where CGMH located shall serve as the court of first instance if any disputes or litigations arises from this Agreement.

VII. This Agreement has been executed in two originals in which one of these has been retained by me, and the other one by CGMH.

Signature: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

代訓人員學習成效評核表 (中文版)

受訓人員：姓名 \_\_\_\_\_ 職類別 \_\_\_\_\_ 服務機構 \_\_\_\_\_  
 代訓機構：院區 \_\_\_\_\_ 單位 \_\_\_\_\_ 指導教師姓名 \_\_\_\_\_ 職級 \_\_\_\_\_  
 代訓期間：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

一、評核時間：(一)代訓期間三個月(含)以內者，代訓人員應於結訓前完成學習成效評核；(二)代訓期間超過三個月以上者，應每(三)個月接受評核，直至結訓為止。  
 二、評核表呈核流程：代訓人員於結訓前(或每(三)個月)完成自評，交由代訓單位指導教師進行複評及建議與回饋，經代訓部門主管審閱並勾選訓練結果，送呈醫教會主席核簽，影本由教學部存查。

訓練項目	訓練內容	學習目標	自評結果	複評結果
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
<b>整體評核結果</b>			<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格
建 議 與 回 饋			指導教師： _____	
	代訓人員： _____			
相對義務	<b>【申請助學津貼者之相對義務】</b> 檢附書面資料 A.每3個月完成一篇與本次代訓主題相關之西文期刊閱讀書面報告並於科會議分享。 B.每半年提報學習心得書面報告，由指導醫師予以指導與回饋。 C.結訓前提報論文(草案)書面報告及口頭報告，由專科組成評量小組予以指導與評量。			<input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成 <input type="checkbox"/> 完成 <input type="checkbox"/> 未完成
	主管： _____ 指導教師： _____			
訓練結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過：需加強項目： _____ 醫教會主席： _____ 部門一級主管： _____ 部門二級主管： _____ (科部主任) (科系主任)			

# Assessment of learning for trainees in Chang Gung Memorial Hospital

附表五~2

Trainee : Name \_\_\_\_\_ Discipline \_\_\_\_\_ Original organization \_\_\_\_\_

Training Organization : Academic Ranking \_\_\_\_\_ Department \_\_\_\_\_ Tutor Name \_\_\_\_\_

Office Branch \_\_\_\_\_

Training period : \_\_\_\_\_(Y) \_\_\_\_\_(M) \_\_\_\_\_(D) ~ \_\_\_\_\_(Y) \_\_\_\_\_(M) \_\_\_\_\_(D)

Training subject	Learning activity	Learning outcome	Self-assessment	Re-assessment
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail

<b>Result of Assessment</b>			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail
-----------------------------	--	--	--	--

Feedback of Trainee	
---------------------	--

Feedback of Tutor	
-------------------	--

<p>【The responsibilities for trainees if application of Grant from CGMH】 some written forms needed as below:</p> <p>A. At least one journal reading related to the training contents in the meeting of training department every 3 months.</p> <p>B. A report of learning portfolios and self-reflection which under the instruction by tutor every 6 months</p> <p>C. A submission or draft or proposal with an oral presentation before the accomplishment of training program, also include the instruction and assessment by a discipline related committee.</p>	<p>A. <input type="checkbox"/> Accomplished <input type="checkbox"/> Not accomplished</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Accomplished <input type="checkbox"/> Not accomplished</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Accomplished <input type="checkbox"/> Not accomplished</p>
--	---

Chief of Department : \_\_\_\_\_ Tutor : \_\_\_\_\_

## Report of Training and Learning (Summative)

Pass  Not Pass : Remedy or suggestion : \_\_\_\_\_

Chief of Department : \_\_\_\_\_

Chair of Medical Education Committee : \_\_\_\_\_

一、評核時間：(一)代訓期間三個月(含)以內者，代訓人員應於結訓前完成學習成效評核；(二)代訓期間超過三個月以上者，應每三個月接受評核，直至結訓為止。  
二、評核表呈核流程：代訓人員於結訓前或每三個月完成自評，交由代訓單位指導教師進行複評及建議與回饋，經代訓部門主管審閱並勾選訓練結果，送呈醫教會主席核簽，影本由教學部存查。

# 代訓證明申請表

附表六

人員姓名		身分證（護照）號碼	
本院訓練部門		代訓類別	本國： <input type="checkbox"/> 實習 <input type="checkbox"/> 見習 外國： <input type="checkbox"/> 臨床進修
代訓期間	1、自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日止 2、 <input type="checkbox"/> 全時間 <input type="checkbox"/> 部分時間，時段：_____		
出勤情形	<input type="checkbox"/> 達應出勤日數之 80% 以上 <input type="checkbox"/> 未達應出勤日數之 80%		
結訓成績	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格	申請類別	<input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 英文

本表流程：本院受理部門↓院區教學部

受理部門主管：\_\_\_\_\_

審查部門（護理部或經管組或管理部）：\_\_\_\_\_

教學部：\_\_\_\_\_