



## 跨院際聯合訓練計畫代訓申請作業程序及辦法

- 一、目的：為具體落實以學習者為中心之醫事人員培訓制度，促進院際間交流合作，提供完整多元化的訓練課程，培養全人照護的能力，達成以病人為中心之醫療及實踐全人照護之理念。
- 二、對象：領有各類專業證書之醫事人員與專業人員，包含：西醫師、牙醫師、中醫師、護理師、藥師、醫事放射師、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、呼吸治療師、營養師、臨床心理師、聽力師、醫務行政專業人員等...各式醫事人員與專業人員。
- 三、訓練項目：依各子計畫提供之訓練項目為訓練內容，訓練內容細節得與訓練單位討論後另訂之。
- 四、訓練時間：特定訓練計畫依指定訓練時間。
- 五、訓練費用
  - (一)西醫師、牙醫師、中醫師：每人每月新台幣 5,000 元整。
  - (二)其他醫事類人員：每人每月新台幣 3,000 元整。
  - (三)不足一個月者，按週計費。醫師：每人每週新台幣 1,250 元整；其他醫事類人員：每人每週新台幣 750 元整。
- 六、代訓申請程序
  - (一)形成共識：因應教學需要外院委由本院代為訓練學員，委託醫院請先電洽本院該職類或該單位聯絡人，雙方在代訓課程(項目)、訓練計畫內容、時程、人數及訓練費用等達成共識後，並共同完成「跨院際聯合訓練計畫書」，內容應包含：計畫名稱、訓練項目與課程、訓練時程、合作內容、訓練方式、經費需求、評核標準、預期成效、聯絡單位、聯絡方式、雙方權利義務或其他相關事項等。
  - (二)來函申請：外院申請本院代訓學員，應至少於受訓前 1 個月前正式函文向本院教學部提出申請，並檢附以下資料，本院將惠覆安排訓練。
    1. 代訓人員申請表[附件一]。(請代訓醫院負責人用印完成)
    2. 保密切結書[附件二]。(請代訓醫院負責人用印完成)
    3. 人事資料登記卡[附件三]
    4. 一寸脫帽照片 2 張。

5. 三個月內體檢報告(包含胸部 X 光、B 型肝炎檢查、水痘、MMR 抗體)。[附件四]
6. Covid-19 疫苗注射證明。(需有 3 劑才可送訓)
7. 畢業證書影本乙份。
8. 醫事人員證書影本乙份。
9. 身分證影本各乙份。
10. 衛生主管機關核備文影本(醫療支援報備)。
11. 聯合訓練計畫合約書(與本院簽有醫療建教或教學合作之機構免附)。
12. 跨院際聯合訓練計畫書。

#### 七、報到程序與繳費

- (一) 受訓人員於代訓第一天至本院教學部報到，並繳交相關資料，完成報到程序。
- (二) 如有代訓費，請於代訓第一天至本院出納組繳費(簽准免收者得免繳費用)。
- (三) 前列各項作業完成後核發給臨時識別證。

#### 八、受訓人員工作規範：

- (一) 待遇：除另有規定外，本院不支給任何待遇，膳宿自理。
- (二) 工作規範：原則上同本院人員，其細節另定之。
- (三) 請假規定：來院受訓人員假勤情形由本院受訓科部室主管負責，訓練期需臨時請假時，必檢附相關證明，並事先告知本院受訓科部室主管。
- (四) 考核：由本院各科部依聯合訓練計畫訂定之評核方式及標準進行考評。
- (五) 受訓人員在本院接受訓練期間，如有違規事項，由本院各訓練科部主管徑行警告，如仍再犯，由本院各部主管簽請院方同意後，決定停止其受訓，並函告送訓醫院予以處分。

#### 九、院際訓練檢討會議：院際訓練合作會議由各訓練職類與合作醫院召開，分別以送訓前協調會議、訓練期間不定期會議與期滿訓練檢討會議，召開方式為面談會議、電話、電子信箱、公文等方式進行聯繫，並記載相關紀錄。

#### 十、結訓應辦手續及證明之核發

- (一) 受訓人員結訓時，所應完成之作業等，並依本院規定向教學部辦理離院手續。
- (二) 受訓人員完成訓練，得向本院教學部申請受訓證明。
- (三) 惟未辦理離院手續者，本院除不發給受訓證明及成績，並將通知送訓醫院，訓練期間費用亦不退回。

## 十一、 聯絡方式

(一) 詳細訓練計畫內容、訓練時間、訓練方式等內容，請洽各職類或單位聯絡人。

(二) 行政程序(如行文、合約簽訂、費用)等問題，請洽本院教學部聯絡人：李姿萱，

(02)6628-9779 分機 7303，tch35067@tzuchi.com.tw。

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院代訓人員申請表

類別：☐醫師 ☐醫技 ☐護理 ☐其他

年 月 日

|                                                     |       |          |              |             |         |
|-----------------------------------------------------|-------|----------|--------------|-------------|---------|
| 姓名：                                                 |       | 服務機構及部門： |              | 一寸相片<br>黏貼處 |         |
| 身份證號：                                               |       | 血型：      | 出生年月日： 年 月 日 |             |         |
| 籍貫：                                                 |       | 畢業學校：    |              |             |         |
| 通訊住址：                                               |       |          |              |             |         |
| 電話：                                                 |       | E-mail：  |              |             |         |
| 申請代訓期間： 年 月 日至 年 月 日                                |       |          |              |             |         |
| 申請前往代訓單位：                                           |       |          |              |             |         |
| 代訓內容：                                               |       |          |              |             |         |
| 聯繫狀況： <input type="checkbox"/> 已獲該單位 (主管)初步同意       |       |          |              |             |         |
| <input type="checkbox"/> 尚未取得任何聯繫                   |       |          |              |             |         |
| <input type="checkbox"/> 其他                         |       |          |              |             |         |
| 代訓費用： (每名每月 元)                                      |       |          |              |             |         |
| 委託機構代訓負責人                                           |       |          |              | 申請人簽章       |         |
| ※請檢附相關資料：<br>1.畢業證書影本乙份 2.專業證書影本乙份 3.在職證明正本乙份 4.切結書 |       |          |              |             |         |
| ※以上欄位除「代訓費用」外，其餘欄位請申請人及委託代訓機構詳填。                    |       |          |              |             |         |
| ※請於離院前三日內至人資單位辦理離院手續。                               |       |          |              |             |         |
| 佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院 審核                                 |       |          |              |             |         |
| 單位主管                                                | 部科室主任 | 人資室      | 院長室          | 執行長辦公室      | (後會)財務室 |
|                                                     |       |          |              |             |         |

※本院呈核流程：單位主管→部/科室主任→人資室→院長室→執行長辦公室→(後會)財務室→人資室備查

# 《體檢項目一覽表》

說明：依訓練單位性質所訂立，請訓練人員依各自類別標示項目(※)完成體檢：

| 臨床意義                | 藥學 | 放射 | 檢驗 | 護理 | 營養 | 呼吸治療 | 物治 | 職治 | 臨床心理 | 聽力 |
|---------------------|----|----|----|----|----|------|----|----|------|----|
| A. 既往病歷及作業經歷調查      |    |    |    |    |    |      |    |    |      |    |
| B. 自覺症狀及身體各系統之物理檢查  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| C. 身高、體重、視力、色盲及聽力檢查 |    |    |    |    |    |      |    |    |      |    |
| E. 血壓測量             |    |    |    |    |    |      |    |    |      |    |
| 胸部 X 光攝影            | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| 水痘抗體檢查              | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| MMR 抗體檢查            | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| B 型肝炎抗原檢查(HBsAg)    | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| B 型肝炎抗體檢查(anti-HBs) | ※  | ※  | ※  | ※  | ※  | ※    | ※  | ※  | ※    | ※  |
| C 型肝炎抗體檢查           | ※  |    | ※  | ※  |    | ※    | ※  | ※  |      | ※  |
| A 型肝炎               |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      |    |
| 肝功能 AST(GOT)        |    |    | ※  |    |    |      |    |    |      |    |
| 肝功能 ALT(GPT)        |    | ※  | ※  |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 肌酸酐-腎功能(creatinine) |    | ※  |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 膽固醇檢查               |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 三酸甘油脂檢查             |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 血糖檢查(Glucose AC)    |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 血色素及白血球數檢查(CBC)     | ※  | ※  |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 梅毒血清檢查              |    |    | ※  |    | ※  |      |    |    |      |    |
| 傷寒檢查                |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      |    |
| 甲狀腺功能檢查 TSH         |    | ※  |    |    |    |      |    |    |      |    |
| 尿液常規(尿蛋白及尿潛血之檢查)    | ※  | ※  |    |    | ※  |      |    |    |      | ※  |
| 肺功能檢查               |    | ※  |    |    |    |      |    |    |      |    |
| 開放性肺結核              |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      |    |
| 阿米巴痢疾檢查(糞便)         |    |    |    |    | ※  |      |    |    |      |    |

◎上表未列者，進行一般體檢即可。【需包含 B 肝抗原抗體、胸部 X 光及水痘和 MMR 抗體檢驗報告或近期水痘及 MMR 疫苗施打證明等檢查。】