

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

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"/> 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： <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>同意代訓，代訓科別：_____ 負責指導老師：可填寫多位 訓練項目：可填寫多項 <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： <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 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 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： <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) <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>訓練計劃調整(含訓練日期及地點)說明： <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) <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：_____					
申請或代訓臨床進修獎學金	<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"/> 擬同意核給外國臨床進修獎學金 _____ 元/月，核發期間自 年 月 日至 年 月 日止。 <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或臨床進修獎學金)行政中心人資部→主任委員