

# 高雄市立聯合醫院

## 二年期醫事人員聯合訓練辦法

### 一、目的

有鑒於各層級醫院所能提供之教學資源不同，為加強醫學教育的完整性和連續性，培養以病人為中心的醫療及以核心能力為基礎的專業教育，配合行政院衛生署教學醫院教學費用補助計畫，本院提供各科專業訓練課供各層級醫院完成二年期醫事學員完整訓練。

### 二、各類別領域聯絡窗口

| 二年期醫事人員類別       | 聯絡人      | 聯絡電話            |
|-----------------|----------|-----------------|
| 護理師/士           | 李玟玲副主任   | 07-5552565-2445 |
| 藥劑師/生           | 葉瓊文藥師    | 07-5552565-2079 |
| 醫事放射師           | 高世介放射師   | 07-5552565-2022 |
| 醫事檢驗師           | 張文洲主任    | 07-5552565-2221 |
| 職能治療師           | 潘惠芳職能治療師 | 07-5552565-2715 |
| 物理治療師           | 蕭悅平物理治療師 | 07-5552565-2715 |
| 營養師             | 謝藍琪主任    | 07-5552565-2052 |
| 行政聯繫-<br>醫學教育中心 | 林郁偵幹事    | 07-5552565-2486 |

三、訓練時間：依貴院安排時間為主。

四、訓練對象：符合衛生署教學醫院教學費用補助計畫之學員。

五、申請方式：

(一) 需於代訓前二個月先行向訓練單位確認訓練項目、受訓學員及訓練時間並來函提出申請，由本院醫教會確認後函復送訓醫院。

(二) 來函須檢附申請表(如附件二)、醫事人員證書影本、畢業證書影本、健康檢查報告影本、脫帽一寸照片二張。

# 高雄市立聯合醫院二年期醫事人員代訓申請表

填表日期： 年 月 日

|                         |       |      |            |   |    |
|-------------------------|-------|------|------------|---|----|
| 姓名：                     | 單位：   | 職稱：  | 照片黏貼處      |   |    |
| 連絡電話：                   |       | 性別：  |            |   |    |
| 身分證字號：                  |       | 生日：  |            |   |    |
| E-MAIL：                 |       |      |            |   |    |
| 連絡地址：                   |       |      |            |   |    |
| 學 歷（請由最高學歷開始填寫）         |       |      |            |   |    |
| 畢業學校                    | 所/系/科 | 修業年數 | 畢業<br>年    | 月 | 學位 |
|                         |       |      |            |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
| 經歷(含現職，請由最近經歷開始填寫)      |       |      |            |   |    |
| 醫療院所名稱                  | 科室    | 職稱   | 起迄時間       |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
|                         |       |      |            |   |    |
| 預計訓練內容/單位               |       |      |            |   |    |
| 預計訓練內容：                 |       |      |            |   |    |
| 預計訓練單位：                 |       |      |            |   |    |
| 預計訓練時間：自 年 月 日起至 年 月 日止 |       |      |            |   |    |
| 訓練人員： (簽章)              |       |      | 單位主管： (簽章) |   |    |
| 機構名稱：                   |       |      | 單位電話：      |   |    |
| 機構地址：                   |       |      |            |   |    |