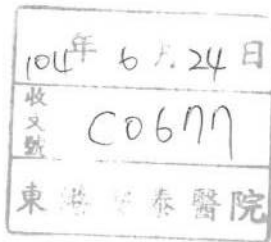


檔 號：
保存年限：

財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 函



地址：80756高雄市三民區自由一路100號
承辦人：專科護理師暨手術專責護理師管理
委員會－孫麗珍
電話：(07)3121101轉5363
傳真：(07)3208265
電子信箱：730075@ms.kmh.org.tw

受文者：安泰醫療社團法人安泰醫院

發文日期：中華民國104年6月22日

發文字號：高醫附護字第1040002678號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明(0002678A00_ATTCH1.docx、0002678A00_ATTCH2.pdf)

主旨：敬邀 貴院派員參加本院與台灣專科護理師學會聯合舉辦
之「104年度內、外科專科護理師訓練」，請 查照。

說明：

- 一、本訓練依據衛生署100.02.25公告之內（外）科專科護理師訓練規範規劃訓練內容。
- 二、課程訓練自104年9月10日至104年11月14日，每週星期四~六課室上課；實務訓練自104年11月23日至105年4月29日，每週星期一~三實習。
- 三、訓練地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院。
- 四、外院參訓人員於臨床實務訓練日期開始前，需提供三個月內之胸部X光檢查及B型肝炎病毒抗原/抗體檢查報告。
- 五、全程參加人員訓練費用為課程訓練25,000元，實務訓練25,000元；課程訓練費用不包含3天(日期另訂)由台灣專科護理師學會師資負責之課程費用。
- 六、訓練費用請以銀行臨櫃匯款或ATM轉帳方式繳費（詳如附件二說明）。

七、報名截止日期：104年9月1日前，由醫院彙整填妥報名表（附件二），先以傳真方式連同匯款單或轉帳存根一併回傳本院，再將報名表、報名人員之學經歷證明文件、在職證明文件、護理師證書影本、及匯款單或轉帳存根影本郵寄至本院護理部。

八、承辦人：護理部孫麗珍督導，聯絡電話：07-3121101分機5363。

李榮真護理長，聯絡電話：07-3121101分機6169。

正本：衛生福利部臺南醫院、衛生福利部旗山醫院、衛生福利部屏東醫院、高雄市立民生醫院、高雄市立聯合醫院、國軍高雄總醫院左營分院、輔英科技大學附設醫院、安泰醫療社團法人安泰醫院、台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院、營新醫院、安和醫療社團法人安和醫院、高雄市立岡山醫院（委託秀傳醫療社團法人經營）、健仁醫院、信義醫療財團法人高雄基督教醫院、阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院、文雄醫院、郭綜合醫院、台南市立醫院、國仁醫院、寶建醫療社團法人寶建醫院、建佑醫院、天主教聖功醫療財團法人聖功醫院

副本：本院人力資源室、會計室、總務室

2015/06/24
12:13:54

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 104 年度內、外科專科護理師訓練計畫

一、主辦單位：高雄醫學大學附設中和紀念醫院

二、協辦單位：台灣專科護理師學會

三、辦理日期：104 年 9 月 10 日~105 年 04 月 29 日

(一)課室授課期間：104/9/10~104/11/14 (星期四~星期六)

(二)實務訓練期間：104/11/23 ~105/04/29 (星期一~星期三)

四、訓練內容：

(一) 三大科目學科課程—184 小時

1.基礎核心課程：56 小時

2.進階課程 I：64 小時

(1)進階課程 I：一般內科組、外科組 64 小時

3.進階課程 II：64 小時

(1)進階課程 II：一般內科組 64 小時

(2)進階課程 II：外科組 64 小時

(二) 臨床實務訓練—504 小時

1.第一階段(基礎核心課程實習)—168 小時

2.第二階段(進階實習 I)—192 小時

3.第三階段(進階實習 II) (內、外科) —144 小時

五、教具

(一)教室內配有投影設備、電腦設備：第二講堂、第三講堂、第一討論室、第一會議室、3C 第二討論室。

(二)教室內配有投影設備、但需自備電腦設備：5W 討論室、5S 討論室、多媒體會議室。

附件二

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

「104 年度內、外科專科護理師訓練」報名表

訓練時間：104 年 9 月 10 日-105 年 4 月 29 日

醫院名稱	服務單位	姓名	手機號碼	e-mail

聯絡人：_____ 電話日間：() _____ 夜間：() _____

備註：一、本訓練名額有限，以報名先後決定順序（104/9/1 前報名）；報名後更換學員或取消報名者，請於訓練舉辦前一週確認並繳交必要資料。

二、傳真報名時，請一併附上訓練費用匯款或轉帳單存根，再將報名表、報名人員之學經歷證明文件、在職證明、護理師證書影本、及匯款單或轉帳存根影本郵寄至本院護理部。

匯款戶名：財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院，匯款帳號：第一商業銀行三民分行 704-50-145000；ATM 轉帳：007-70450145000。

三、報名傳真電話號碼：(07) 3208265，高醫醫療體系醫院人員請將報名相關資料送至高醫大附院護理部。

四、填寫報名表請務必字跡工整，以避免資料建檔錯誤，影響權益。

五、聯絡人：護理部孫麗珍督導，07-3121101*5363，0984178796。

李榮真護理長，聯絡電話：07-3121101*6169，0975357114。