

安泰醫療社團法人安泰醫院

醫事人員聯合訓練申請表

代訓職類	<input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 呼吸治療 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗 <input type="checkbox"/> 醫事放射 <input type="checkbox"/> 藥事 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 其他_____				
受訓學員		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		一吋彩色 脫帽照 黏貼處 <small>另請檢附〔一張二吋彩色脫帽照〕並以迴紋針夾於本表左上角</small>
身分證字號		出生年月日	年	月 日	
聯絡電話		E-mail			
聯絡地址					
現職服務機構		科別		職稱	
機構地址					
畢業學校		畢業系所			
申請訓練項目	<input type="checkbox"/> PGY 訓練 <input type="checkbox"/> 實務訓練 <input type="checkbox"/> 專業證照				
	訓練課程名稱：				
申請訓練單位					
申請訓練期間	自 年 月 日 起 至 年 月 日 止				
	合計： 天，共計 小時				
應繳交資料	<input type="checkbox"/> 聯合訓練申請表		<input type="checkbox"/> 脫帽1吋照片2張 (本表1張,識別證1張)		
	<input type="checkbox"/> 畢業證書影本		<input type="checkbox"/> 醫事人員專業證書影本		
	<input type="checkbox"/> 執業執照影本		<input type="checkbox"/> 聯合訓練計劃書		
	<input type="checkbox"/> 其他				
受訓人員：_____ (簽章) 薦送機構主管：_____ (簽章)					