

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院

二年期「醫事人員聯合訓練計畫」之申請流程

- 一、目的：有鑒於部分醫院受限規模與功能，無法完整提供二年期醫事人員之完整教育訓練。故本院依各科之規模及特性擬定各類醫事人員聯合訓練計畫，接受各醫院二年期醫事人員前來代訓。
- 二、訓練期間：依委託訓練醫院之來函安排時間。
- 三、訓練名額：原則上每期1-3人。
- 三、訓練對象：需符合行政院衛生福利部臨床醫事人員培訓計畫之學員。
- 四、代訓費用：每名3000元/月，800元/週。(不足一個月部份，按週計費。)，200元/日。
- 五、各單位聯絡方式

訓練計畫類別	訓練單位	聯絡人	聯絡方式
藥劑師	藥劑科	陳秋榮	08-7368686#5010 04910@ptch.org.tw
護理師	護理部	蔡玉梅	08-7368686#5980#15 N0882@ptch.org.tw
檢驗師	檢驗科	幸良蘭	08-7368686#1417 L0697@ptch.org.tw
放射師	放射科	江玫君	08-7368686#3114 02329@ptch.org.tw
呼吸治療師	胸腔內科	黃美瑛	08-7368686#4431 01310@ptch.org.tw
物理治療師	復建科	蔡明璋	08-7353636#115 02813@ptch.org.tw
臨床心理師	精神科	楊順興	08-7353636#2111 04343@ptch.org.tw
職能治療師	復建科	陳建銘	08-7353636#2231 02671@ptch.org.tw
語言治療師	復建科	林學民	08-7353636#2230 02985@ptch.org.tw
營養師	營養室	吳貞瑩	08-7353636#5952 05121@ptch.org.tw
牙醫	牙科	蔡玲真	08-7368686*1701*116 04398@ptch.org.tw

- 六、訓練內容：依二年期各醫事人員聯合訓練計劃課程表為訓練內容。

七、申請流程：

1. 委託訓練醫院申請之需求請於受訓前一個月來函且填具申請表，並說明代訓項目（課程）、時程及人數，本院惠覆安排訓練。
2. 學員報到當日，請攜帶身份證件影本、醫事人員證書影本與一寸照片三張。
3. 受訓學員執照不需執登於本院。臨床醫事人員培訓計畫之補助款由其原屬醫院申報。
4. 代訓期間相關薪資、補給及保險費用由原屬醫院負責。

八、若有任何問題可來電洽詢本院教學研究部 何春梅小姐。

聯絡方式：08-7368686*2712或電子郵件：mr001@ptch.org.tw

屏基醫療財團法人屏東基督教醫院

二年期醫事人員聯合訓練代訓申請表

填表日期：_____

姓名			身份證號												貼彩色照片處
籍貫			出生日期	民國 年 月 日											
性別	☐ 男	☐ 女	婚姻	☐ 已婚		☐ 未婚									
通訊處	永久											電話			
	現在														
送訓單位機關		單位	職稱	服務起迄											
				民國__年__月至__年__月共計__年__月											
證照號碼	專業證書 _____ 字第 _____ 號														
訓練申請科別															
訓練申請期間	自 __ 年 __ 月 __ 日起至 __ 年 __ 月 __ 日止 共 __ 年 __ 月														
申請訓練理由	機構負責人：_____ 簽章														
報到應繳證件： 1. 醫事人員專業證書影印本一份 2. 身分證反面影本一份、二吋照片三張															

