

馬偕紀念醫院代訓人員申請表

類別： ☐醫師 ☐醫技 ☐護理 ☐其他

依據 0A 文號：

姓名：		出生日期 民國 年 月 日				(一張正貼，一張浮貼) 二吋彩色照片						
出生地：		縣市		☐ 男 ☐ 女								
身分證統一編號												☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 其他
畢業學校：		專業證書 字第 號										
通訊住址：												
電話：				委託代訓期間：								
手機：												
委託單位全名：				委託代訓科別或單位：								
申請推薦理由： 一週_____天； 星期_____												
委託代訓機構： 負責人簽章：												
馬偕紀念醫院審核	總院副院長		醫學教育部		部室科系		單位主管		代訓費用： _____元 結訓證明書 一份 500 元			
需檢附資料	☐ 確認備齊 1. 畢業證書影本一份											
	☐ 確認備齊 2. 專業證書影本一份											
	☐ 確認備齊 3. 服務證明正本一份											
	☐ 確認備齊 4. 除自貼照片外，另浮貼一張											
	☐ 確認備齊 5. 代訓切結書											
	☐ 確認備齊 6. 代訓費用繳費收據正本一份											
	☐ 確認備齊 7. 代訓人員防疫檢查及疫苗注射證明書並經代訓單位主管核章											
※敬請代訓單位確認備齊上述各項資料後始受理代訓。												
備註：代訓期間需開立管制藥品處方，代訓人員管制藥品使用執照號碼：_____ (請填寫)，核發日期：_____ (請填寫)，另請檢附「管制藥品使用執照」影本												

