

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

臨床醫事人員培訓計畫院際聯合訓練作業規範

2011.05.26 制訂

2022.2.11 第8次修訂

一、本院為執行衛生福利部「臨床醫事人員培訓計畫」(以下簡稱本計畫)收訓他院薦送符合本計畫訓練資格之學員，並加強專業交流合作，提供聯合訓練機制，訂定本聯合訓練作業規範。

二、代訓對象

其他醫事人員，包括護理師、護士、藥師、醫事放射師、醫事放射士、醫事檢驗師、醫事檢驗生、職能治療師、職能治療生、物理治療師、物理治療生、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、助產師、助產士、營養師、語言治療師、聽力師、牙體技術師、牙體技術生及其他符合醫療法第十條規定之人員。

受補助資格，除畢業後一般醫學訓練之受訓人員外，應領有醫事人員證書，且執業登記於申請補助醫院。

三、申請及受理作業

(一) 申請作業

1.時間：應於訓練前一個月提出。

2.程序：由擬委託送訓醫院備函說明訓練項目及內容，並檢附代訓人員申請表向本院申請。

(二) 受理作業

1.由本院教學研究部受理並審查受訓學員資格，符合收訓規定者，由本院科部會簽視實際訓練容量核定收訓與否，但應符合衛生福利部規定之師生比例。

2.通過審查並符合資格者，需簽訂本院「本院聯合訓練合約書」以保障雙方權益。

3.未經本院函覆通知來院辦理報到前，受訓學員不得提前到院訓練。

四、代訓費用：

(一)醫事類：每人每月新台幣 3,000 元。

(二)若本院與其所屬機構有簽立共同合作契約者，依該契約約定費用收費。

五、訓練方式

依訓練計畫規劃課程內容及訓練時間。

六、受訓人員規範

(一) 待遇：本院不支給任何待遇，膳宿自理。若有需要申請宿舍依當月宿舍空缺情形提供宿舍，費用依宿舍現行收費標準辦理。

(二) 工作規範：受訓人員得依其申請類別進行訓練，訓練期間必須遵守本院各項規定與程序。

(三) 受訓人員於訓練期間由本院各科部依計畫訂定之評核方式及標準進行考評。

(四) 受訓人員於訓練期間如有違規事項，由訓練單位主管逕行勸導，並向委託代訓機構反應處理事宜，如仍再犯，視情節嚴重，由本院各部主管簽請院方同意後，予以停止受訓，並函告送訓醫院予以處分。

七、結訓

(一) 受訓人員結訓時，應在辦理離院手續前確實完成病歷紀錄等作業及其應負之職責。

(二) 受訓人員訓練最後一日至教研部辦理離退手續。

(三) 受訓人員結訓前由受訓單位考核，經考核通過後發給「代訓證明」，於兩週內寄發至原服務機構單位；惟未辦理離院手續者，本院不發給代訓證明及成績，並將通知送訓醫院，中止其再薦送人員至本院代訓之機會。

(四) 若領有進出磁卡者，須繳回原單位。

八、各職類代訓項目及聯絡窗口

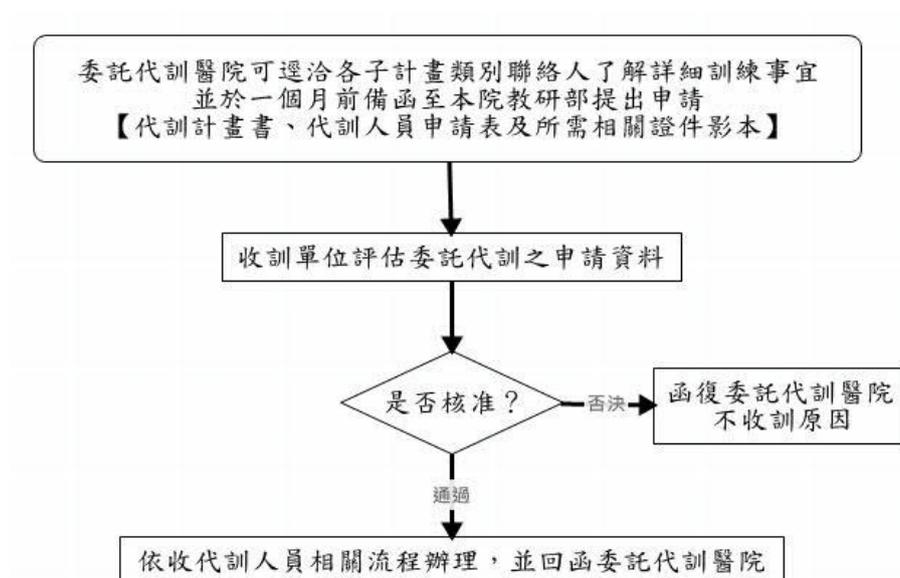
| 訓練職類 | 訓練項目 | 聯絡人/聯絡電話/E-mail |
|-------|--|--|
| 護理師/士 | 內科、外科、兒科、婦產科、急重及社區等護理專業訓練。 | 張純純護理部教學督導 03-3613141#3702 Pure63@mail.sph.org.tw |
| 藥師 | 1.門、急診藥事作業 2.住院藥事作業 3.藥品管理作業訓練 4.藥物諮詢作業訓練 5.特殊藥品調劑作業訓練 | 黃獻輝藥劑科主任 03-3613141#3320 phar5153@mail.sph.org.tw |
| 醫事檢驗師 | 1.一般醫學檢驗基礎訓練原理與操作 2.基礎臨床鏡檢學訓練 3.基礎臨床血液學訓練(外部品管與檢驗前、中、後的品管) 4.基礎臨床生化學訓練 5.基礎臨床血液學訓練 6.基礎臨床微生物學訓練 | 李元民臨床檢驗科主任 03-3613141#3306 min8881@mail.sph.org.tw |
| 物理治療師 | 1.骨科物理治療 2.神經物理治療 3.小兒物理治療 4.病房復健 | 謝俊明 復健科組長 03-3613141#2183 fame7892@ms66.hinet.net |
| 職能治療師 | 生理職能治療 手部外傷職能治療 兒童職能治療 | 洪瑩雯職能治療師 03-3613141#2185 W970309@mail.sph.org.tw |
| 營養師 | 1.臨床營養 2.膳食管理 3.重症營養 | 曾紀汝營養師 03-3613141#6086 giruqq8@mail.sph.org.tw |

醫院聯合訓練負責單位：

聯絡單位：教學研究部 羅組長

聯絡方式：(03) 361-3141 分機 2614，E-mail：er4200@mail.sph.org.tw

九、聯合訓練申請作業流程



十、附表：代訓人員申請表

沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院

代訓人員申請表

類別：醫師 醫技() 護理 其他：

申請日期：

| | | | | | | |
|--------------------|---|--|---|---|--|--|
| 姓名(中文) | | 身份證字號 | | 二吋照片黏貼 | | |
| 姓名(英文) | | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | |
| 出生年月日 | | 婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 | | | | |
| 通訊處 | | 聯絡電話 (O) (手機) | | | | |
| E-mail | | | | | | |
| 學 經 歷 | 畢業學校 | | 科系 | | 畢業年度 | |
| | 服務機構 | | 單位科別 | | 職稱 | |
| | | | | | 服務起迄時間 年 月 日至 年 月 日 | |
| 醫、護(技術)人員專業證書 字第 號 | | | 檢附文件 | | <input type="checkbox"/> 畢業證書 <input type="checkbox"/> 專業證書 <input type="checkbox"/> 訓練計畫 <input type="checkbox"/> 其它 | |
| 申請代訓科別 | | 申請代訓期間 | | 自 年 月 日至 年 月 日止，計 年 個 月 時段： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午，時間：_____：_____ | | |
| 申請推薦理由 | 申請機構/單位負責人： | | | | | |
| 以下由訓練醫院填寫 | | | | | | |
| 會 簽 部 門 | 1、 <input type="checkbox"/> 同意代訓，負責指導老師：_____ <input type="checkbox"/> 訓練計劃擬調整如說明：_____ 2、 <input type="checkbox"/> 擬收取代訓費_____元/月 <input type="checkbox"/> 不擬收取代訓費 (評估說明：_____) 3、其他擬申請事項： <input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 臨時識別證 <input type="checkbox"/> 公務用手機 <input type="checkbox"/> 其他_____ 部主任：_____ 科(室)主任：_____ | | | | | |
| 審 核 | 院長核定 | | 審核單位 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 院長：_____ | | 1、 <input type="checkbox"/> 符合申請規定 <input type="checkbox"/> 不符合申請規定，說明如下： 2、代訓指導費： <input type="checkbox"/> 符合規定 <input type="checkbox"/> 不符合規定 教學副院長：_____ 主管：_____ 經辦：_____ | | | |