

臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理

跨院際聯合訓練計畫代訓申請作業程序

- 一、目的：為具體落實以學習者為中心之醫事人員培訓制度，促進院際間交流合作，提供完整多元化的訓練課程，培養全人照護的能力，達成以病人為中心之醫療及實踐全人照護之理念。
- 二、對象：領有各類專業證書之醫事人員與專業人員，包含：西醫師、牙醫師、中醫師、護理師、藥師、醫事放射師、醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、呼吸治療師、營養師、臨床心理師、聽力師、醫務行政專業人員等...各式醫事人員與專業人員。
- 三、代訓申請程序

(一)形成共識：因應教學需要外院委由本院代為訓練學員，委託醫院請先電洽本院該職類或該單位聯絡人，雙方在代訓課程(項目)、訓練計畫內容、時程、人數及訓練費用等達成共識後，並共同完成「跨院際聯合訓練計畫書」，內容應包含：計畫名稱、訓練項目與課程、訓練時程、合作內容、訓練方式、經費需求、評核標準、預期成效、聯絡單位、聯絡方式、雙方權利義務或其他相關事項等。

(二)來函申請：外院申請本院代訓學員，應至少於受訓前 1 個月前正式函文提出申請，並檢附以下資料，本院將惠覆安排訓練。

1. 報到離院程序表[附件一]。
2. 一寸脫帽照片 2 張。
3. 三個月內體檢報告一份(包含胸部 X 光及 B 型肝炎檢查)。
4. 原工作機構員工識別證影本(正反面)。
5. 執業執照影本(正反面)
6. 保密切結書[附件二]。
7. 衛生主管機關核備文影本(非接觸病人之代訓人員免付)(醫療支援報備)。
8. 聯合訓練計畫合約書(與本院簽有醫療建教或教學合作之機構免附)[附件三]。
9. 跨院際聯合訓練計畫書 [附件四]，內容應包含：計畫名稱、訓練項目與課程、訓練時程、合作內容、訓練方式、經費需求、評核標準、預期成

效、聯絡單位、聯絡方式、雙方權利義務或其他相關事項等。

備註：代訓期間之訓練內容無涉及醫療行為，可免附體檢報告影本、衛生主管機關核備文影本。

四、報到程序與繳費

(一)請代訓人員於代訓第一天至本院教學部報到，並依「代訓人員報到離院程序表」，完成報到程序。

(二)如有代訓費，請於代訓第一天至本院出納組繳費。(代訓費用視受訓性質、期間，向委託機構酌收代訓費用。)

五、聯絡方式

1. 詳細訓練計畫內容、訓練時間、訓練方式等內容，請洽各職類或單位聯絡人。
2. 行政程序(如行文、合約簽訂、費用)等問題，請洽本院教學部聯絡人：林姿鵬小姐，(02)29307930分機7213，104088@w.tmu.edu.tw。人力資源室聯絡人：林雨青小姐(02)29307930分機8008，100429@w.tmu.edu.tw。

臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理

代訓人員報到離院程序表

代訓帳號*：_____

一、代訓人員 (代訓類別： <input type="checkbox"/> 實習 <input type="checkbox"/> 見習)						
姓名		機構		照片黏貼處 (浮貼)		
單位		職稱		照片黏貼處 (請實貼)		
身分證字號		電話				
生日		籍貫				
聯絡地址						
類別	<input type="checkbox"/> 醫師，科別：_____		<input type="checkbox"/> 住院醫師，科別：_____			
	<input type="checkbox"/> 護理	<input type="checkbox"/> 藥事	<input type="checkbox"/> 醫事放射	<input type="checkbox"/> 醫事檢驗	<input type="checkbox"/> 物理治療	<input type="checkbox"/> 職能治療
	<input type="checkbox"/> 語言治療	<input type="checkbox"/> 呼吸治療	<input type="checkbox"/> 臨床心理	<input type="checkbox"/> 營養	<input type="checkbox"/> 聽力	<input type="checkbox"/> 其他
二、受訓單位						
受訓單位		單位聯絡人				
受訓期間	____年____月____日—____年____月____日，共____年____月____日					
三、報到流程：教學部▶出納組▶人資室▶教學部▶代訓單位						
會辦單位	報到事項	經辦人				
1.教學部	<input type="checkbox"/> 確認繳交資料 <input type="checkbox"/> 報到離院程序表 <input type="checkbox"/> 1吋脫帽照片2張 <input type="checkbox"/> 三個月內體檢報告一份(包含胸部X光及B型肝炎檢查)* <input type="checkbox"/> 原工作機構員工識別證影本(正反面) <input type="checkbox"/> 執業執照影本(正反面) <input type="checkbox"/> 保密切結書 <input type="checkbox"/> 衛生主管機關核備文影本(非接觸病人之代訓人員免付)* <input type="checkbox"/> 聯合訓練計畫合約書 <input type="checkbox"/> 跨院際聯合訓練計畫書					
2.出納組	繳交代訓費_____元。(教學部填寫)					
3.人資室	發放識別證					
4.教學部	繳回代訓人員報到離院程序表					
四、離院程序：教學部▶代訓部門▶教學部						
1.代訓部門	<input type="checkbox"/> 完成交班，並歸還相關物品 <input type="checkbox"/> 完成結訓所需相關作業或報告					
2.教學部	<input type="checkbox"/> 繳回識別證(教學部送回人資室) <input type="checkbox"/> 繳交教學評估資料與教學檢討會議紀錄影本 <input type="checkbox"/> 發給受訓證書					

臺北市立萬芳醫院見實習人員保密切結書

本人_____自民國 年 月 日起至 年 月 日止，

於臺北市立萬芳醫院接受該院 見習 實習 教學訓練。

- 一、見、實習期間本人願意遵守院方相關規章、人事規則、安全衛生規定及國家法令等，並克盡職守服務病人。
- 二、本人同意將個人體檢報告資訊提供給臺北市立萬芳醫院，保障學習權益與安全，並維護實習環境病人安全。
- 三、本人必須遵院方之紀律，未經同意絕不對外洩漏院方業務上相關之內容及資料，包括有關醫院營業、營運、財務及病人資料等。
- 四、若本人出現身心健康不佳(包含體檢時檢驗出傳染性疾病)或行為不良等狀況或違反第二項之規定時，除依所屬機構規定外，嚴重時願意接受院方裁定中止本人之見實習教學訓練，絕無異議。
- 五、若有緊急狀況請通知本人之法定代理人_____。

立同意書人 簽 名 ：

中 華 民 國 年 月 日

臺北市立萬芳醫院跨院際聯合訓練計畫書

一、跨院際聯合訓練計畫性質與訓練機構資料	
(一)訓練性質：	<input type="checkbox"/> 本院代訓 <input type="checkbox"/> 他院外訓
(三)聯合訓練計畫 之主題或課程名稱：	
(四)目的或 預期效益：	
(四)訓練期間：	
(五)訓練時數 與頻率：	
(六)受訓人員：	人數： ， 姓名：
(七)訓練費用：	
(八)本院聯絡人：	電話與 E-Mail：
二、跨院際聯合訓練機構簡述	
(一)聯合訓練機構：	
(二)聯合訓練單位：	地址：
(三)單位主管：	電話與 E-Mail：
(四)連絡人：	電話與 E-Mail：
三、計畫摘要	
(請摘述訓練之目的與實施方法)	

四、聯合訓練計畫內容

(一)訓練目標：

(二)訓練期程規劃

(三)訓練課程與方式：應含課程內容、教學時數安排(含課程表)、訓練授課方式、訓練場所介紹、相關教材等

(四)評核標準，包括雙向評估考核（學員對授課教師、授課教師對學員）：應含雙向評估表單格式及使用方式與時機說明。

(五)教師簡介

姓名	現 職		年資(年)	專業背景 (教學專長或經歷)
	單位	職 稱		

(六)與聯合訓練單位教學溝通方式(電話、E-mail 或公文等方式)

(七)其他補充事項