

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院聯合訓練人員申請表

填表日期： 年 月 日

代訓類別	<input type="checkbox"/> 西醫_____部科 <input type="checkbox"/> 醫事_____類 <input type="checkbox"/> 行政_____類 <input type="checkbox"/> 其他_____類			<input type="checkbox"/> 一般代訓 <input type="checkbox"/> PGY 聯合訓練		
姓名	中文	身分證字號				
	英文	出生年月日		年	月	日
性別	連絡電話					
聯絡地址						
e-mail						
學經歷	現職服務機關	科別	職稱	服務起訖		
				年 月 日	至	年 月 日
	畢業學校		科系			
醫、護(技術)人員專業證書 字 號						
申請訓練科別						
申請訓練項目						
申請訓練期間	自 年 月 日 至 年 月 日 共計 小時					
應繳資料	<input type="checkbox"/> 本院聯合訓練申請表。 <input type="checkbox"/> 訓練計畫書，參考本院網站各科聯合訓練(非 PGY 聯合訓練免付) <input type="checkbox"/> 畢業證書影本一份 <input type="checkbox"/> 醫師證書或醫事人員專業證書影本一份。 <input type="checkbox"/> 現職院所在職證明(或 PGY 聯合訓練教補系統執登證明)影本一份。 <input type="checkbox"/> 如需申請受訓證明，除自貼照片一張外，另附浮貼照片二張。  上述資料請備妥後再送件，缺件不受理。					
本列本院填寫	代訓年度	代訓職類	代訓編號	是否收費	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 金額： 元	受訓證書編號