

東元醫療社團法人東元綜合醫院

「臨床醫事人員培訓計畫」聯合訓練申請作業要點

制定部門：醫教組

制定日期：99.07.14

修訂日期：100.05.25

修訂日期：101.03.28

修訂日期：103.08.18

修訂日期：105.08.15

修訂日期：107.08.20

修訂日期：108.05.20

一、目的

為促進臨床教學訓練與院際合作交流，提供完整而多元之教育訓練，本院秉持著訓練醫療專才之使命，擬定各類醫事人員之聯合訓練作業程序，接受各教學醫院醫事人員前來接受未能在其醫療院所完成之專業訓練，特訂定本作業要點。

二、受訓人員應符合本計畫規定之受補助學員身份

醫事人員：自領得各類醫事人員證書起四年內之其他醫事人員，包括護理師(士)、藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、物理治療師、職能治療師、營養師等符合醫療法第十條規定之人員。

三、訓練時間及名額

(一) 訓練期間：依委託訓練醫院之來函安排時間。

(二) 名額：視本院訓練單位訓練狀況，彈性受理受訓學員名額，但應符合衛生署規定之師生比例。

四、代訓費用：依本院「代訓醫務人員實施辦法」辦理，醫事類各科每人每月新台幣 3,000 元(不足一個月者以週計算)，若另訂有特殊合約者不受此限。

五、申請流程

(一) 委託訓練醫院需於受訓前一個月來函說明代訓項目(課程)、時程與人數，本院將惠覆安排訓練。

(二) 來函應檢附資料：代訓人員申請表、受訓同意書、身分證影本、畢業證書影本、醫事人員證書影本、身體檢查報告、二吋半身照片二張。

六、受訓人員工作規範

(一) 待遇：除另有規定外，本院不支給任何待遇，膳宿自理。

(二) 工作規範：原則上同本院人員，其細節另定之。

(三) 考核：由本院各科部依計畫訂定之評核方式及標準進行考評。

(四) 受訓人員在本院接受訓練期間，如有違規事項，由本院各訓練單位主管逕行警告，如仍

再犯，由本院訓練單位主管提報呈准後，決定停止其受訓，並函告送訓醫院予以處分。

七、院際溝通：委託訓練醫院與本院訓練單位應定期召開會議，討論受訓學員訓練內容、學習成效及相關規定，以適時進行檢討與改善。

八、結訓應辦手續

(一) 受訓人員結訓時，所應完成之病歷紀錄等，必須在辦理離院手續前完成，並依本院規定向醫教組辦理離院手續。

(二) 受訓期間經訓練單位考核合格者，發給受訓證明；惟未辦理離院手續者，本院除不發給受訓證明及成績，並將通知送訓醫院，終止其再薦送人員至本院代訓之機會。

九、聯絡窗口

若有任何問題請來電詢問醫教組 洪珮雯小姐，聯絡方式：03-5527000 轉 1405。

十、本要點經呈 院長核准後實施，修正時亦同。

附表一：代訓人員申請表

附表二：受訓同意書

附表三：各子計畫訓練項目及聯絡人

東元醫療社團法人東元綜合醫院

附表一

聯合訓練代訓人員申請表

申請日期： 年 月 日

申請人請填寫粗黑框線內欄位

基本資料	委託機構名稱		申請訓練單位		照片黏貼處	
	訓練期間	自 年 月 日 至 年 月 日	受訓課程			
	姓名		原服務單位 職稱			
	身分證字號		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	戶籍地址			戶籍地電話		
	通訊地址			通訊地電話		
	電子信箱			行動電話		
學經歷資料	畢業學校		科系		畢業年度	
	工作經歷	服務單位	職稱	服務起訖		
				自 年 月 至 年 月		
				自 年 月 至 年 月		
證照號碼	醫、護(技術)人員專業證書： 字第 號					
申請訓練原因	直屬主管：_____ (簽章)					
檢附資料	<input type="checkbox"/> 醫、護(技術)人員證書影本 <input type="checkbox"/> 受訓同意書 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 二吋半身照片二張 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本 <input type="checkbox"/> 身體檢查報告					
審核	院長	醫學教育委員會		訓練部門主管		

申請流程：申請者→訓練部門主管→醫學教育委員會→院長

聯合訓練受訓同意書

本人_____同意在 貴院受訓期間（自 年 月 日至 年 月 日止）遵守下列規範：

- 一、本人願意確實遵守 貴院員工工作及服勤相關規定。
- 二、本人於 貴院受訓期間所發生之醫療糾紛成案的事件，概由本人全權負擔賠償責任。
- 三、如 貴院就該醫療糾紛事件依法院判決或受害人（或依法有損害賠償請求權人）在訴訟上或訴訟外達成和解需要給付損害賠償金者，本人同意於判決確定或和解成立之日起七日內如數給付 貴院，以供賠償給付。

此致 東元綜合醫院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

機構名稱：

機構代碼：

機構負責人： (簽章)

機構地址：

東元醫療社團法人東元綜合醫院

聯合訓練各子計畫訓練項目及聯絡人

● 護士、護理師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	侯靜宜	督導	03-5527000#6001	cyhou@tyh.com.tw
訓練項目	<p>以內科、外科、急重症加護訓練為原則，訓練項目包含：</p> <p>一、 認知方面：</p> <p>（一）了解醫院及單位組織機能。</p> <p>（二）了解護理部組織機能。</p> <p>（三）了解護理人員角色及功能。</p> <p>二、 情意方面：</p> <p>（一）能夠培養溝通與傾聽之態度。</p> <p>（二）培養護理人員面對緊急事件之責任及反應。</p> <p>三、 技能方面：</p> <p>（一）常見疾病、檢查與治療之護理。</p> <p>（二）常見藥物作用、副作用、病患用藥安全。</p> <p>（三）常見臨床技術與護理問題之處遇。</p>			

● 藥師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	沈雅敏	部主任	03-5527000#1127	shyami@tyh.com.tw
訓練項目	<p>一、 基礎臨床藥事訓練</p> <p>二、 進階臨床藥事服務訓練</p> <p>三、 特殊調劑訓練</p> <p>（一）癌症化學治療調劑作業</p> <p>（二）全靜脈營養調劑作業</p>			

● 醫事檢驗師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	汪安明	技術主任	03-5527000#1806	amwang@tyh.com.tw
訓練項目	一、 生化檢驗 二、 血液學檢驗 三、 血庫學檢驗 四、 血清學檢驗 五、 微生物學檢驗			

● 醫事放射師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	楊淑君	技術主任	03-5527000#2109	scyang@tyh.com.tw
訓練項目	一、 一般診斷攝影 二、 特殊攝影或介入性診療攝影 三、 超音波造影 四、 電腦斷層造影 五、 磁振造影 六、 放射醫學影像及儀器品保			

● 物理治療師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	吳雪櫻	技術主任	03-5527000#2166	hsywu@tyh.com.tw
訓練項目	一、 肌肉骨骼系統病患之實務訓練 二、 神經肌肉系統病患之實務訓練 三、 兒童系統病患之實務訓練			

● 職能治療師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	古佳金	職能治療組長	03-5527000#1609	chchgu@tyh.com.tw
訓練項目	一、 生理疾病(包含：神經及骨科)職能治療之專業基礎課程 二、 相關訓練領域方面之評估與治療 (一)專業評估工具(日常生活功能評估、感覺動作平衡功能評估、上肢手功能評估、知覺認知功能評估) (二)副木製作(AFO splint、Hand resting splint、Cock-up splint及骨折固定副木)			

● 營養師

聯絡人	姓名	職稱	聯絡電話	電子信箱
	謝桂菁	組長	03-5527000#1323	shiehk@tyh.com.tw
訓練項目	一、 營養照護流程訓練 二、 住院病人營養照護訓練 三、 糖尿病共同照護網營養門診訓練			