

衛生福利部屏東醫院 二期醫事人員聯合訓練申請辦法

101 年 08 月 30 日訂定

106 年 03 月 01 日修訂

一、目的

為落實衛生福利部臨床醫事人員培訓計畫之各類醫事人員聯合訓練計畫，並促進各教學醫院合作交流，本院提供相關醫事職類訓練項目，接受各教學醫院薦送符合臨床醫事人員培訓計畫之訓練人員資格代訓其相關課程。

二、申請資格

依衛生福利部臨床醫事人員培訓計畫申請作業要點辦理，符合臨床醫事人員培訓計畫之醫事人員資格者，始能申請。

三、代訓時間

- (一) 短期代訓：訓練時間為六個月以內者。
- (二) 長期代訓：訓練時間超過為六個月以上者。

四、申請及受理作業：

(一)申請作業

1、時間：短期代訓：應於代訓前一個月提出並完成申請。

長期代訓：每年四月、十月提出並完成申請。

2、程序：申請醫院來函推薦，檢附相關證件影本(含身份證正反面影本、醫事人員證書影本、學經歷資料各乙份)，向本院申請。經本院各科室主管同意後，公文覆函。

(二)受理作業

1、符合收訓規定者，由各科部視實際訓練容量酌定是否收訓，但應符合衛生福利部規定之師生比例。

2、醫事人員代訓費用需於代訓報到前繳納完畢。

(三)報到作業

1、依報到日期，於報到日至本院人事室辦理報到手續。

2、未經本院函復通知其來院辦理報到前，不得進行報到、訓練。

(四)延長或縮短代訓期間

1、延長代訓：代訓人員如需延長訓練，應由原送訓醫療機構備函，於訓練期滿前一個月向本院醫教會提出，經代訓單位主管及院長同意，始可延長訓練。

2、縮短代訓：代訓人員如需提前終止訓練，應由原送訓醫療機構備函向本院醫教會提出，經代訓單位主管及院長同意，始可申請終止訓練。

五、代訓課程：依委訓醫院之需求項目及時程，實施訓練與評核。

六、代訓費用：

各類受訓學員收費標準如下：

- (一)每人每月新台幣 3,000 元。收費方式以計人計月為原則；不足一個月者，得以「週」為單位按比例折算收費金額，代訓期間當月實際日數不足一週者，收費以 750 元計。
- (二)另訂有特殊合約者不受此限。

七、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。受訓人員得申請宿舍，費用依本院之宿舍現行收費標準辦理。
- (二)工作規範：代訓人員得依其申請類別進行訓練，同時比照本院同等職級人員之工作職責執行業務，並應遵守本院之員工工作規則及服勤規則。
- (三)考核：由代訓單位依訓練計畫內所訂定之評核方式及標準進行考評。
- (四)代訓人員在本院接受訓練期間，若有違規事項，由科主任逕行警告，如仍再犯，則視情況輕重通知派訓單位及相關人員，並會同訓練科室、醫教會協助輔導。若仍無改善，由本院各科主管簽請院方同意，函告送訓醫院中止受訓。

八、結訓應辦手續：

- (一)代訓人員訓練完成，需與代訓單位檢討受訓情形並留下相關會議記錄。
- (二)結訓前由代訓單位考核代訓人員，經考核通過後，由醫教會發給代訓證明；惟未辦妥離院手續者，本院不發給代訓證明及成績，並將通知送訓醫院。
- (三)領有臨時識別證與進出之磁卡者，須繳回發證單位。
- (四)有遺失或損害物品者，應照價賠償。

九、本辦法經院長核准後實施，修改時亦同。

衛生福利部屏東醫院
「二年期醫事人員聯合訓練」代訓項目及聯絡方式

職類	訓練項目	聯絡人	聯絡方式(電話/電子信箱)
護理	1.腫瘤護理訓練	護理科 陳枝梅督導	08-7363011 轉 4208 jamie8232@pntn.mohw.gov.tw
	2.成人加護護理訓練		
	3.精神科護理訓練		
藥事	1.門急診藥事作業訓練	藥劑科 江吉文藥師	08-7363011 轉 2029 pharma08@pntn.mohw.gov.tw
	2.住院藥事作業訓練		
	3. 臨床藥事服務訓練		
	4. 藥品諮詢作業訓練		
	5. 藥品管理作業訓練		
	6. 癌症化學治療調劑作業訓練		
醫事 檢驗	1. 臨床鏡檢學及血液訓練	檢驗科 林曉華主任	08-7363011 轉 2128 check@pntn.mohw.gov.tw
	2. 臨床生化學訓練		
	3. 血庫學訓練		
	4. 臨床微生物訓練		
	5. 臨床血清免疫訓練		
物理 治療	1.骨科疾病物理治療評估及治療訓練	復健科 吳宗玟組長	08-7363011 轉 2126 rehab@ pntn.mohw.gov.tw
	2.神經疾病物理治療評估及治療訓練		
	3.兒科疾病患者物理治療訓練		
	4. 一般病房患者物理治療訓練		

衛生福利部屏東醫院 聯合訓練計畫代訓人員申請表

申請日期： 年 月 日

申請資料 (申請人請填寫粗黑框線內欄位)	送訓機構 名 稱			訓練類別		
	受訓人員 姓 名			原服務單位 /職稱		
	聯絡電話			聯絡地址		
	訓練課程			訓練期間	自 年 月 日 至 年 月 日	
	受訓人員 資 格	☐ 護理師 ☐ 藥師 ☐ 醫事檢驗 ☐ 物理治療		檢附資料	☐ 身份證正反面(影本) ☐ 醫事人員證書(影本) ☐ 畢業證書(影本) ☐ 服務證明(正本) ☐ 切結書 ☐ 二吋半身照片二張	
	緊急 聯絡人		緊急 聯絡電話		關 係	
訓練單位	☐ 同意 報到時間：_____；地點：_____； 訓練費用：新台幣_____元整 聯絡人：_____ (分機：_____) ☐ 不同意 原 因：_____				單位主管	
醫教會					單位主管	
人事室					單位主管	
秘書		副 院 長		院 長		

一式一聯：申請人↓訓練單位↓醫教會↓人事室↓秘書↓副院長↓院長

送訓醫療機構切結書

- 一、立切結書人茲選送本院 委託 貴院訓練，前揭人員在 貴院受訓期間(自民國 年 月 日起至 年 月 日止)所發生之醫療糾紛或法律責任，概由立切結書人與前揭人員負連帶賠償責任。
- 二、如 貴院就該醫療糾紛事件依法院判決或與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，需給付損害賠償金者，立切結書人同意於判決確定或和解成立之規定天數內如數給付 貴院，以供賠償給付。
- 三、如因本切結事項訴訟時，同意以屏東地方法院為第一審管轄法院。
- 四、前揭人員在受訓期間應恪尊 貴院工作規則；如有違反，立切結書人願終止該員之代訓。
- 五、如違反約定而損及 貴院之權益時，立切結書人願負一切損害賠償責任。

遵照右約恐口無憑，茲立切結書乙祇付執惟據。

此致

衛生福利部屏東醫院

立切結書人：

身份證字號：

機構名稱：

機構地址：