

108 年度「醫療機構管制藥品管理委員會查核基準草案試辦方案」

試評委員推薦作業說明

1. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）接受衛生福利部食品藥物管理署委託辦理試評委員推薦申請作業，並依「108 年醫療機構管制藥品管理委員會查核試評委員遴聘及培訓作業要點」規劃執行。
2. 由推薦單位負責備審資料之初步檢核，並依下列順序編排並以釘書機裝訂。
 - (1) 試評委員被推薦人資料檢核表
 - (2) 被推薦人資料表
 - (3) 被推薦人同意聲明書
 - (4) 個人資料使用告知暨同意書
 - (5) 佐證資料-專業證照/證書、管制藥品管理及審查相關經歷證明，依序排列
3. 若醫策會審核資料發現需補件，應於收到通知後三日內完成，逾時不受理。
4. 若有其他疑問，請洽醫策會「管制藥品管理委員會查核計畫工作小組」02-8964-3000 分機 3081、3082。
5. 推薦單位資料初審無誤後，請於期限內郵寄（以郵戳為憑）至本會：220 新北市板橋區三民路二段 31 號 5 樓「管制藥品管理委員會計畫工作小組」收。
6. 本資料表蒐集個人資料之目的係為執行「醫療機構管制藥品管理委員會查核基準草案試辦方案」，本署及醫策會均恪守個人資料保護法相關規定，僅在前開計畫執行範圍內進行蒐集、處理與利用。

試評委員被推薦人資料檢核表

推薦單位： _____ (醫院全銜)

被推薦人姓名		醫事人員專業別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師	
項 目	推薦單位初審	本欄由醫策會審查(請勿填寫)		
		資格審查	說明欄	
一、被推薦人資料表(填寫完整性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整		
二、被推薦人同意聲明書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 完整 <input type="checkbox"/> 不完整		
佐證資料				
一、專業證照/證書(影本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
二、管制藥品管理、審查相關經歷證明(可擇一提供)				
(一) 管制藥品管理委員會相關實務經驗證明(影本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
(二) 教育訓練時數證明(影本)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合		
推薦單位會銜章	醫策會審查人員		醫策會專案主管	

被推薦人資料表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日	民國 年 月 日	身份證字號	
電話(H)	()	傳真(H)	()
手機		用餐習慣	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
戶籍地址	□□□		
通訊地址	□□□		
現職服務機關			
現職部門		現職職稱	
電話(O)	()	傳真(O)	
E-Mail			
機關地址	□□□		
秘書姓名		秘書職稱	
秘書電話		秘書 E-mail	
備註	主要聯絡方式： <input type="checkbox"/> 行動電話 <input type="checkbox"/> 服務機關 <input type="checkbox"/> 住家電話 <input type="checkbox"/> 電子郵件 資料寄送地址： <input type="checkbox"/> 服務機關 <input type="checkbox"/> 通訊地址 <input type="checkbox"/> 戶籍地址		
最高學歷			
專業證照/證書			
專長			
經歷（請優先填寫管制藥品管理、審查相關服務經歷）			
服務單位	職稱	職務內容	起訖年月
過去 3 年（105 年~108 年 4 月）管制藥品相關教育訓練時數共計 _____ 小時			

被推薦人同意聲明書

本人_____同意_____ (推薦單位全銜)

推薦本人擔任「醫療機構管制藥品管理委員會查核基準草案試辦方案」試評委員。本人有意願擔任且已確實瞭解並同意遵守「醫療機構管制藥品管理委員會查核試評委員遴聘及培訓作業要點」相關規定，且申請資料所填列之學經歷相關內容經本人確認屬實，並授權「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」得逕據以向相關機關(構)查詢，俾利確認本人資格。

此致 衛生福利部食品藥物管理署
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

被推薦人簽名：_____

日 期：108 年____月____日

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 個人資料使用告知暨同意書

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下稱「本會」）為遂行會務作業所必須，本會得使用您的個人資料於以下用途，並依個人資料保護法之規定，由本會向您告知以下事項：

一、蒐集個人資料之項目

姓名、職稱、戶籍地址、行動電話、電子信箱、聯絡電話、聯絡地址、銀行帳戶名稱、匯款銀行帳號、身分證字號、護照號碼、出生年月日、服務機關、服務單位、工作職稱等(**備註1)。

二、蒐集個人資料之特定目的

委員聘任、出差、人身保險、教育訓練、出席會議、款項給付與所得扣繳、人事管理等特定目的(**備註2)。

三、使用之期間、地區、對象及方式

除依相關法令規定(例如商業會計法)或因執行業務所必須之期間，或依個別契約就資料之保存所訂之保存年限者外，本會僅於上開特定目的存續期間，於內部以自動化機器或其他非自動化方式使用您的個人資料。此外，本會執行受公務機關委託之業務時，可能會依公務機關之要求提供您的個人資料。

四、您依法得行使之權利與方式

依據個人資料保護法規定，您可行使以下權利：

- 1.查詢或請求閱覽或提供複製本。
- 2.請求補充或更正本人之個人資料。
- 3.請求停止使用及刪除本人之個人資料。

若您擬行使上述任一權利，請檢附相關證明文件向本會提出書面請求，本會將於收到書面請求次日起15日內以書面回覆您，必要時得再延長15日，本會亦將以書面通知您。惟依法需保存者，得不依您的請求為之。

五、不提供個人資料對權益之影響

您得自由選擇同意或不同意提供上開個人資料，若您拒絕提供時，本會有權依其判斷決定是否同意處理您與本會各項往來之業務項目。

※本人已閱讀上開告知事項，並 同意 不同意 使用本人資料於上開用途。
此致

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

本 人： _____ 簽章（中文簽名，請勿塗改）

身分證字號： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※轉交本資料本會承辦人組別： 醫院評鑑組 姓名： 羅健銘

**備註：

- 1.法務部定義之個人資料類別為：辨識個人者、辨識財務者、政府資料中之辨識者、個人描述、現行之受僱情形。
- 2.法務部定義之特定目的為：人身保險、訂位、住宿登記與購票業務、會議管理、人事管理、僱用與服務管理、存款與匯款、稅務行政、教育或訓練行政、會計與相關服務。