**財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會**

**「醫事專業團體****認證」申請書**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本資料 | | | | | | |
| 團體名稱 | |  | | | | |
| 會 址 | |  | | | | |
| 聯絡地址 | | □同會址  □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | |
| 內政部立案字號 | |  | | 統一編號 | |  |
| 會員人數 | |  | | 員工人數 | |  |
| 理事長 | 姓名 |  | | | | |
| 現職 |  | | | | |
| 聯絡人 | 姓名 |  | | 電話 | |  |
| 團體負責職務 |  | | E-MAIL | |  |
| 現職 |  | | | | |
| 二、申請資格 | | | | | | |
| 會員之醫事人員職類(可複選；會員不含醫事人員者，不符合本認證申請資格)。 | | | | | | |
| □西醫師 □中醫師 □牙醫師 □藥師及藥劑生 □護理師及護士 □物理治療師(生) □職能治療師(生) □醫事檢驗師(生) □醫事放射師(士) □營養師 □助產師(士) □臨床心理師 □諮商心理師 □呼吸治療師 □語言治療師 □聽力師 □牙體技術師(生) □驗光師(生) □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿。 | | | | | | |
| 現行之醫事人員專業培訓及資格認定業務名稱及開辦年度(可自行增加表格列數；無前開業務者，或辦理該認定業務未滿3年者，不符合本認證申請資格)。 | | | | | | |
| 1. [範例]○○○甄審作業，民國○年開辦。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 醫事專業團體名稱印章 |  | | 負責人印章 | |  | |

※請勿自行刪減表格欄位，填妥申請書並用印後，請e-mail至「profsoc@jct.org.tw」，並來電確認（02-89643000分機3168，聯絡人：吳小姐）。