

衛生福利部補助計畫申請書

年 度：

計畫名稱：

申請醫院：

計畫負責單位：

計畫主持人：(請親筆簽名)

申請日期：

* 除專有名詞外，本計畫書限用中文書寫

* 計畫書之撰寫應詳盡完整，並請務必依本格式內容順序依序填寫，否則不予受理

* 本計畫書請先報由○○○○○(委託單位)進行初審作業

目 錄

第 頁

壹、基本資料

貳、計畫摘要

參、整體計畫執行成效評估機制

附件：各訓練計畫內容

訓練計畫 (附件碼)	有無附件 (有則打 勾註記)	受訓人員類別
NO.1		西醫師：PGY 訓練計畫
NO.2		護理師、護士
NO.3		藥師
NO.4		醫事放射師、醫事放射士
NO.5		醫事檢驗師、醫事檢驗生
NO.6		職能治療師、職能治療生
NO.7		物理治療師、物理治療生
NO.8		臨床心理師
NO.9		諮商心理師
NO.10		呼吸治療師
NO.11		助產師、助產士
NO.12		營養師
NO.13		語言治療師
NO.14		聽力師
NO.15		牙體技術師、牙體技術生

各訓練計畫內容應涵蓋下列項目：

- 一、訓練目的（系統預設）
- 二、訓練課程
- 三、教學師資

壹、基本資料

申請醫院		醫療機構代碼	
醫院地址			
計畫負責單位			
醫院評鑑類別 及效期	(系統帶入)		
教學醫院評鑑 類別及效期	(系統帶入)		
畢業後一般醫學 訓練醫院資格	<input type="checkbox"/> 是，_____年度 <input type="checkbox"/> 否 (系統帶入)		
計畫主持人		職稱	
聯絡電話		傳真號碼	
E-mail		現職單位	
計畫聯絡人		職稱	
聯絡電話		傳真號碼	
E-mail		現職單位	

NO.____ ○○○○訓練計畫			
計畫主持人		職稱	
聯絡人		職稱	
聯絡電話		傳真號碼	
E-mail		現職單位	
NO.____ ○○○○訓練計畫			
計畫主持人		職稱	
聯絡人		職稱	
聯絡電話		傳真號碼	
E-mail		現職單位	

註：計畫聯絡人請填行政人員，俾利連繫。(如篇幅不足，請自行複製)

貳、計畫摘要：

(請摘述本計畫之目的與實施方法)

參、整體計畫執行成效評估機制

(包含對受訓人員、教師、課程安排、訓練成效等之評估)

附件 NO.____：○○○○訓練計畫

一、訓練目的（系統預設）

二、訓練課程

※訓練課程須符合”二年期醫事人員訓練課程指引”之規定。

- 訓練項目（訓練內容、訓練時間、訓練方式、評核標準/方法、聯合訓練機制）

- 跨領域團隊合作照護（訓練內容、訓練時間、訓練方式、評核標準/方法）

三、教學師資

教師清冊（至多5名）

編號	姓名	身分證字號	執登科別 (具專科醫師資格者填寫)	執業總年資