

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院

臨床醫事人員培訓計畫聯合訓練計畫-委託代訓申請表

申請日期： 年 月 日

姓名	中文				身分證字號* (護照/居留證)			最近三個月 二吋照片 (另附2張2吋脫帽照片並夾於本申請表右上方，背後註明姓名)
	英文				出生年月日 <small>請以大寫字母書寫</small>			
性別		聯絡電話			行動電話			
聯絡住址	□□□□							
電子信箱								
緊急聯絡人	稱謂	姓名			聯絡電話		備註	
現職機構					單位			
領證日					證書字號			
職類	<input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫事放射師 <input type="checkbox"/> 醫事檢驗師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師							
申請代訓單位								
代訓項目								
代訓期間	自民國 年 月 日起至 年 月 日止 合計： 小時							
代訓時段	<input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五 <input type="checkbox"/> 星期六							
	時段：							

*非本國國民請填「護照號碼」及「居留證號碼」

身分證 正面影本		身分證 反面影本	
執業執照 正面影本		執業執照 反面影本	
檢送文件確認	<input type="checkbox"/> 委託代訓公文 <input type="checkbox"/> 委託代訓申請表 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 執業執照正反面影本 <input type="checkbox"/> 6個月內胸部 X 光與 B 型肝炎表面抗原檢查及 5 年內之麻疹、德國麻疹抗體檢查之報告 <input type="checkbox"/> 二吋彩色照片 2 張		
申請人 簽章		單位主管 簽章	

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院確認欄位

申請資料	<input type="checkbox"/> 已備齊 <input type="checkbox"/> 補件	教研部 承辦人員		教研部 部門主管	
代訓單位 初審結果	<input type="checkbox"/> 同意申請 <input type="checkbox"/> 不同意申請	單位教學主管 簽章		單位主管簽章	
審核結果	<input type="checkbox"/> 同意申請 <input type="checkbox"/> 不同意申請			院長簽章	
備 註					