

國立臺灣大學醫學院附設醫院院外醫事人員進修登記表

(進修報到用-113年製表)

※代訓人員類別：(請於下列表格註記)

- 短期代訓醫師(代訓未滿6個月或非全時) 代訓醫事人員
代甄代訓醫師 長期代訓醫師(代訓1年或6個月)

中文姓名：	性別：	籍貫：	照片黏貼處
英文姓名：	出生：民國 年 月 日		
身分證字號：	醫師證書、醫事人員證書字號： 年 字第 號		
	執照字號： 執業執照起訖日期：		
戶籍地址：郵遞區號：()			管制藥品執照號碼：
學歷： 學校 系畢業		學歷修業起迄日： 民國 年 月 ~ 年 月	
推薦醫院名稱：		擔任職務：(請填寫職稱) 醫師：R1 R2 R3 R4 R5 R6 VS 醫事人員：	
聯絡電話：	手機號碼：	合作金庫銀行帳號：	
E-MAIL：		急救證書效期：	
代訓科部： 部 科		代訓期間： 民國 年 月 日 ~ 年 月 日	
代訓核准文號： 臺大醫院 年 月 日附醫教字第 號			
1. B型肝炎暨X光繳交紀錄單： 本人已知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院B型肝炎預防措施實施要點」，並願意遵守有關規定。 <input type="checkbox"/> 已完成B型肝炎篩檢，帶原者(須檢附檢驗報告)。 <input type="checkbox"/> 已完成B型肝炎篩檢，非帶原者，且具有抗體(須檢附檢驗報告)。 <input type="checkbox"/> 已完成B型肝炎篩檢，非帶原者，且未有抗體，已施打疫苗(須檢附檢驗報告及疫苗施打證明)。 <input type="checkbox"/> 未完成B型肝炎篩檢，且未檢附檢驗報告及疫苗施打證明者，若於院內發生污染性尖銳器械傷害，相關費用將請自行負擔。			
2. 是否已繳交胸部X光檢查報告單 (代訓3個月以上者須交)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 是否已繳交MMR及水痘免疫情形切結書 (代訓3個月以上者須交)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
安全衛生室(AB棟B3)核章：			
同意書 (如同意請打勾) <input type="checkbox"/> 本人同意臺灣大學醫學院附設醫院就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、儲存、利用、傳輸共享之權利。 <input type="checkbox"/> 本人同意國立臺灣大學醫學院附設醫院為病人安全之需要，向有關單位調查本人之前科資料。		本院代訓科部主管核章： (已進行單位簡介及工作職責介紹、更新網路工作說明書)	
代訓人員簽章：			
簽署日期： 年 月 日			

※備註：1.新進代訓醫師及代訓醫事人員(代訓6個月(含)以上者)，於到院受訓半年內須完成2小時之實體感控課程。
 2.此表請於報到2天內完成核章，並傳回台大醫院教學部教育組。