

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-110 年製表)

※代訓人員類別：(請於下列表格註記)

- ☐代甄代訓醫師；☐長期代訓醫師(代訓 1 年或 6 個月)；☐短期代訓醫師(代訓未滿 6 個月)；
☐代訓醫事人員

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：		
戶籍地址：郵遞區號：()			管制藥品執照號碼：
學歷：	學校 科系畢業	學歷修業起迄日：民國 年 月 ~ 年 月	
推薦醫院名稱：郵遞區號：()		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：			
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 型肝炎切結書： 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。 ☐ 已完成 B 型肝炎篩檢，帶原者(須檢附檢驗報告)。 ☐ 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)。 ☐ 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)。 ☐ 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)： ☐ 是 ☐ 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)： ☐ 是 ☐ 否			
安全衛生室核章：			
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。 代訓人員簽章：		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)	

※備註：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。