

# 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)

※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

1011228 製表

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：	合作金庫台大分行帳號：	
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			
<b>B型肝炎切結書：</b> 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，Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)。 <input type="checkbox"/> 已完成B型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)。 <input type="checkbox"/> 已完成B型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-)，已施打疫苗。 ※代訓3個月以上者，須繳交胸部X光檢查診斷書。 已繳交胸部X光檢查診斷書 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 安全衛生室核章：			
代訓人員簽章：		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