

# 台大醫院短期代訓醫師報到須知

(代訓未滿 6 個月或非全時代訓)

## 壹、報到程序：

### 一、院層級報到：請於來院前一天列印報到文件：

(1) 臺大醫院同意代訓之公文影本(若需繳費請先至東址一樓出納組繳納代訓費用)地圖詳 P4

(2) 請攜帶下列文件並填妥(請確認文件完整性並依下列順序排列) 資料②~⑥請依序裝訂成一份

- ☐ ① 1 吋照片 1 張(教學部報到時製作識別證)
 ☐ ② 進修登記表(須先貼照片)(注意：非申請表)
- ☐ ③ 資料保密協議暨資訊安全規範同意書
 ☐ ④ TMS 線上課程完成紀錄(需前一天列印)
- ☐ ⑤ 醫事人員報備支援申請書核准函影本<sup>註</sup>
☐ ⑥ 代訓費用繳費收據(如需繳費者提供)
- ☐ ⑦ B 型肝炎暨 X 光檢查報告繳交紀錄單

(代訓3個月以上另需繳交3個月內X光體檢報告影本及MMR/水痘切結書，請自行下載) <https://pse.is/NTUH>

**註：非執登本院者須向所屬地方衛生局報備支援，支援機構填：國立台灣大學醫學院附設醫院/代號0401180014**

**若為兒科請填國立台灣大學醫學院附設醫院兒童醫院/代號0401180023**

**報備支援可參考衛生福利部醫事系統線上申請：**<https://ma.mohw.gov.tw/portal/#/login>

▲上述報到所需文件表格詳公文附件二P5~

### (3) 報到時間：

上午 08:30 前 (下午報到則 13:30~14:00) 至本院東址新院區(東址)辦理(捷運二號出口。若代訓科部通知學員需先至科部參與會議或其他行程，可延後辦理報到但須事先告知教學部。

**(※注意：遇代訓首日為國定假日，院層級報到順延至一般工作日。本院無彈性調整放假，如有疑義請來電詢問) \* 本院勞動節特例開放辦理報到手續。(報到流程建議如下表)**

| 步驟 | 地點                                                           | Checklist                                                                                                                                                                                                          |
|----|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 東址 1 樓大廳出納組櫃台<br>*地圖詳 P4                                     | <input type="checkbox"/> 如需繳費，請持本院同意代訓公文至出納組繳費(無繳費請忽略)<br>上傳⑥繳費收據照片：                                                          |
| 2  | 東址 AB 棟地下 3 樓 *地圖詳 P4<br>安全衛生室劉小姐<br>(02-23123456 分機 263479) | <input type="checkbox"/> ⑦ B 型肝炎暨 X 光繳交紀錄單及 1 年內「B 肝檢驗報告影本」<br><input type="checkbox"/> 請安全衛生室於進修登記表核章<br>代訓 3 個月(含)以上，另交 3 個月內「X 光檢驗報告影本」及 MMR/水痘切結書，請自行下載。 <a href="https://pse.is/NTUH">https://pse.is/NTUH</a> |
| 3  | 東址研究大樓 3 樓 *地圖詳 P4<br>教學部教育組葉小姐<br>(02-23123456 分機 263687)   | <input type="checkbox"/> 製作識別證 (請提供① 1 吋照片一張)<br><input type="checkbox"/> 檢核報到資料②~⑥是否缺漏(請裝訂成一份)                                                                                                                    |
| 4  | 代訓科部主任辦公室 *地點詳 P4                                            | <input type="checkbox"/> 登記表請代訓科部主任蓋章(各科辦公室位置及電話詳 P.3)                                                                                                                                                             |
| 5  | 東址 3 樓教學部教育組                                                 | <input type="checkbox"/> 繳回報到文件②~⑤ (請務必於報到 3 天內完成)<br>進修登記表(非申請表)、資料保密協議暨資訊安全規範同意書、TMS 線上課程完成紀錄、醫事人員報備支援申請書核准函紙本、有繳費者須上傳繳費收據                                                                                       |
| 6  | 至代訓科部指定地點報到                                                  |                                                                                                                                                                                                                    |

### 二、代訓科部報到：請自行於來訓前與代訓單位聯繫單位報到事宜。

### 三、新進代訓人員須於報到前完成台大醫院 TMS「代訓人員學程」線上課程詳公文附件一。

來院前至 TMS 教育訓練管理系統 (<https://edu.ntuh.gov.tw>) 完成。

**★ 未完成課程者，恕無法開啟系統權限。**

▲課程路徑：登入 TMS→我的學程→代訓人員職前線上學程(<6 個月或非全時)→點選各項課程報名→教材閱讀→測驗及問卷均須完成。【完成學程內**必修課程狀態**應為完成度 100%】。列印課程通過清單於報到時繳交，列印步驟：**首頁→我的學程→列印(課程必修完成度須為 100%)**，帳號於 4 週前開放上課，請盡早完成。若發現列表沒有前述學程，請洽本院葉小姐分機 263687 詢問，若為登入問題請洽資訊室 261120 或李小姐分機 262027 [ilunlee@ntuh.gov.tw](mailto:ilunlee@ntuh.gov.tw)

### 四、執行醫療業務、開醫令(primary care、看門診等)權限開通：

➢ 須完成資訊室之 Portal 醫療系統實機操作課程及完成代訓報到手續。(資訊室每月 1 日 12 點~13 點)

辦理，遇假日則順延)，其餘時間請洽資訊室李小姐。資訊室認證後，會將可開權限名單通知教學部怡良。無法上實體課程，或之前已上過課之醫師，請提前前一週與資訊室連繫。

➤ 連絡電話：資訊室李小姐分機 262027 [ilunlee@ntuh.gov.tw](mailto:ilunlee@ntuh.gov.tw)。

➤ 注意：未完成報到手續者，恕無法開啟權限。請於完成報到手續後電洽教學部。

五、**加班費用/出勤紀錄單**：尚於**專科**訓練期間之代訓住院醫師請每日於排班系統登錄出勤時間，並於次月 10 日前，印出出勤紀錄單並繳交至所屬代訓科部辦公室，收齊後將寄送原屬醫院核算加班費。★無論有無申請加班，皆須繳交出勤紀錄單。

六、醫師於本院代訓期間若有**值班執行醫療業務**者，請務必主動提供本人**銀行帳戶** E-mail 通知教學部怡良，以便至系統建檔，以利值班費匯款。(若無帳號，可至本院東址地下 1 樓合作金庫開戶)。

七、醫師若有核章需求，請 E-mail【員工編號-代訓單位-姓名】致教學部怡良申請，未申請本院印章或已申請但未核發前，請先以親筆簽名代替，勿使用非本院印鑑蓋於病歷文件上。未完成報到手續者恕無法提供印章。

八、若非第一次來本院受訓，請洽企劃管理部#265718 確認人事成本歸屬成本中心是否正確。

## 貳、離院程序：

1. 台端於本院代訓期間若中途中止代訓者、或有完成訓練者，每位代訓醫師、醫事人員，皆需辦清離院手續(含代訓科部蓋章)，以憑核發代訓證明。未辦清離院手續者，本院得不發給代訓證明。
2. 建議於離院前一天開始跑流程，俾利離院前完成核章。最後一天至遲請於下午 16:30 之前至教學部繳交離院單及識別證等物品。
3. 離院手續單請參閱公文附件二或至教學部網頁下載列印。(無住宿者免跑宿舍蓋章，但其餘關卡仍均須完成蓋章)-網站<https://pse.is/NTUH>
4. 離院手續辦理完成之當天即發給訓練證明。

參、**臨時門禁 IC 卡**：教學部無發給短期代訓人員**臨時門禁 IC 卡(含刀房)**，請逕向訓練單位主任辦公室詢問申請事宜，並依程序向駐警隊提出申請。門禁卡押金 500 元(請自備現金)，於一樓出納組繳納。

## 肆、院內網路帳號開通 (帳號開通詳<https://help.ntuh.gov.tw/> 或公文附件一)

1. 本院醫療資訊系統 portal 登入帳號同為線上學習帳號六碼，首次登入密碼預設為身份證字號(英文大寫)。
2. 本院數位學習系統 TMS 於到院後之密碼，須於到院後於醫院之電腦連至網址：  
<https://help.ntuh.gov.tw/>，點擊該頁面按鈕=「啟用網路帳號及首次雲端帳號密碼」即有說明。  
或連絡資訊室分機 261120~261122
3. 院內 WI-FI：  
若有電腦、資訊 Portal 系統、網路連線相關問題，請連絡資訊室，分機 261120~261122

## 伍、其他注意事項

- 一、識別證：代訓人員於受訓期間應佩帶識別證，遺失識別證若遺失，請儘速至教學部重製。
- 二、圖書館：憑識別證至圖書館辦理
- 三、公務手機：代訓無配發公務手機，如有公務電話需求可以自己電話加入台大醫院公務群組(須為中華電信)，詳情請洽本院總務室分機 262062 或中華電信 02-8979-7757。
- 四、請假事宜：臺端於本院代訓期間如須請假時，請直接向訓練單位口頭請假。
- 五、服裝儀容：(一)請代訓人員於代訓期間穿著合宜之服裝，請勿穿著太過暴露或隨便，影響病患之觀感。  
(二)各位女性代訓人員如蓄長髮，請於執行醫療工作時將頭髮整理後挽起。  
(三)醫師服、工作服穿著之規定：1.離開醫院需脫除，並隨時保持乾淨。  
2.盡量避免穿到與醫療無關之公共場所。  
(四)特殊單位工作服穿著之規定：  
1.除護送病人及緊急醫療所需外，禁止穿出該單位。  
2.考量夜間值班之方便性，於夜間值班(7PM~7AM)時可穿至輪值區。
- 六、維護病人/病歷隱私：於本院代訓期間，應遵守本院病人/病歷隱私保密規定，若因業務需要查詢、使用、保管病人/病歷資料，對於其中各項資訊負有保密及善良管理人義務，且不得揭露、公開、散佈、損毀或攜出院外，詳細內容請參考本院「病人/病歷隱私保密同意書(資安保密同意書)」。
- 七、代訓期間自身健康監測與傳染病預防

- (一)遠離感染來源：避免前往人潮聚集處。
- (二)注意個人衛生：應持續維持環境清潔，打噴涕或咳嗽時應遮住口鼻，且應儘速洗手，若無法洗手時，可以使用酒精性乾洗手液代替。
- (三)注意個人保健：規律作息與運動、均衡飲食。
- (四)每日健康監測：體溫(發燒 > 37.5C)；症狀(不明原因咳嗽 > 5 天、腹瀉、皮膚疹等疑似傳染病症狀)；群聚感染情形。症狀開始後，應盡速就醫，並戴口罩勤洗手，避免傳染。當發現身體有任何疑似傳染病症狀時，應向代訓單位主管通報。

## 陸、聯絡資訊

- 1.短期代訓行政、報到問題諮詢：臺大醫院教學部葉怡良小姐，電話 02-23123456 分機 263687  
E-mail：[prettyhana@ntuh.gov.tw](mailto:prettyhana@ntuh.gov.tw)。(東址新院區研究大樓 3 樓)
- 2.線上課程系統登入問題：資訊室 262027、其餘資訊問題：分機 261120~261122
3. B 肝檢驗報告單、X 光、MMR/水痘等文件體驗報告繳交諮詢：  
安全衛生室劉千玉小姐 電話 02-23123456 分機 263479。(東址新院區 AB 棟 B3)
- 4.如需繳費\$，請持公文影本先至東址一樓，出納組櫃台(東址 1 樓大廳)繳費後再至教學部報到。
- 5.本院各院區地圖 <https://www.ntuh.gov.tw/ntuh/Fpage.action?muid=77&fid=5970>

### 臺大醫院-各科部辦公室聯絡資訊

臺大醫院總機：02-23123456 再轉分機號碼

|    | 所在院區             | 樓層  | 訓練單位辦公室    | 院內分機   |
|----|------------------|-----|------------|--------|
| 1  | 東址 (新大樓)         | 14F | 內科部        | 262117 |
| 2  | 東址 (新大樓)         | 8F  | 外科部        | 265520 |
| 3  | 兒童醫療大樓(中山南路 8 號) | 15F | 婦產部        | 271535 |
| 4  | 兒童醫療大樓(中山南路 8 號) | 15F | 小兒部        | 271526 |
| 5  | 東址 (新大樓)         | 11F | 骨科部        | 262137 |
| 6  | 東址 (新大樓)         | 15F | 神經部        | 262144 |
| 7  | 西址 (舊大樓)         | 6F  | 精神醫學部      | 262142 |
| 8  | 東址 (新大樓)         | 12F | 眼科部        | 262131 |
| 9  | 東址 (新大樓)         | 6F  | 耳鼻喉部       | 262133 |
| 10 | 東址 (新大樓)         | 15F | 皮膚部        | 262141 |
| 11 | 東址 (新大樓)         | 11F | 泌尿部        | 265728 |
| 12 | 東址 (新大樓)         | 4F  | 麻醉部        | 262158 |
| 13 | 東址 (新大樓)         | 1F  | 急診醫學部      | 262831 |
| 14 | 西址 (舊大樓)         | 4F  | 復健部        | 267650 |
| 15 | 西址 (舊大樓)         | 4F  | 家庭醫學部      | 262147 |
| 16 | 西址 (舊大樓)         | 4F  | 腫瘤醫學部      | 267607 |
| 17 | 東址 (新大樓)         | 2F  | 影像醫學部      | 265498 |
| 18 | 東址 (新大樓)         | 2F  | 核子醫學部      | 265573 |
| 19 | 西址 (舊大樓)         | 1F  | 環境職業醫學部    | 267183 |
| 20 | 西址 (舊大樓)         | 1F  | 老年醫學部      | 267095 |
| 21 | 東址新院區(AB 棟)      | B3  | 安全衛生室劉千玉小姐 | 263479 |
| 22 | 東址新院區(研究大樓)      | 3F  | 教學部葉怡良小姐   | 263687 |



# 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：<br>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：<br>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)<br>醫師： R1 R2 R3 R4 R5 R6 VS<br>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：<br>部 科                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | 代訓期間：<br>民國 年 月 日 ~ 年 月 日                         |           |
| 代訓核准文號：<br>臺大醫院 年 月 日附醫教字第 號                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                                   |           |
| <b>1. B 型肝炎暨 X 光繳交紀錄單：</b><br>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。<br><input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，帶原者(須檢附檢驗報告)。<br><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)。<br><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)。<br><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。 |                      |                                                   |           |
| <b>2. 是否已繳交胸部 X 光檢查報告單</b> (代訓 3 個月以上者須交)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br><b>3. 是否已繳交 MMR 及水痘免疫情形切結書</b> (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：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                                   |           |
| <b>同意書</b> (如同意請打勾)<br><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。<br><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。                                                                                                                                                                           |                      | <b>本院代訓科部主管核章：</b><br>(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。

|      |                  |    |      |                                   |            |            |     |
|------|------------------|----|------|-----------------------------------|------------|------------|-----|
| 文件名稱 | 資料保密協議暨資訊安全規範同意書 |    | 權責單位 | 病歷資訊管理室(病歷)<br>秘書室(個資)<br>資訊室(資安) |            | 頁碼/<br>總頁數 | 1/2 |
| 文件編號 | 02100-4-000102   | 版次 | 2.1  | 修制訂日期                             | 2023/03/16 |            |     |
|      |                  |    |      | 檢視日期                              | 2023/03/16 |            |     |

107 年 12 月 14 日資訊管理委員會第 29 次會議通過

109 年 3 月 16 日資訊管理委員會第 31 次會議修訂通過，109 年 4 月 24 日第 567 次醫務暨行政會議報告

112 年 2 月 22 日資訊安全小組第 26 次會議修訂通過

### 國立臺灣大學醫學院附設醫院資料保密協議 暨資訊安全規範同意書

#### 第一條 病人/病歷隱私保護暨保密義務

本人於國立臺灣大學醫學院附設醫院（以下簡稱本院）服務期間（含任職、兼職、代訓、實習、志工、承攬等），或因參訪、觀摩洽公、評鑑等，對執行職務所知悉或持有之本院及本院依法須保密之第三人，營業秘密或重要資訊負保密義務，保證僅將該資訊於執行業務所需範圍內使用，且非因業務所需不得查詢病人/病歷資料。若因業務需要查詢、使用、保管病人/病歷資料，對於本院各種形式之病人/病歷資料，包括紙本病歷紀錄、聲音、影像或電腦上的病人病歷資訊(例如，姓名、身分證字號、住址、職業性質、家庭背景、醫師書寫的病歷、檢查報告、檢驗報告、影像、疾病狀態、身體特徵、圖片或其他相關資料等)，或其他應執行職務所知悉或持有營業秘密或重要資訊，均負有保密及善良管理人注意義務，不得將該資訊為違背其工作目的範圍外之使用，並遵守相關法令、專業準則及院方之規定，且不得無故揭露、公開、散布、損毀或攜出院外。

第二條 本人願遵守「個人資料保護法」、「刑法」、「公務員服務法」、「國家機密保護法」、「營業秘密法」、「資通安全管理法」、「資通安全管理法細則」等相關法令及與本院簽署之契約規定，不私自蒐集任何資訊。

第三條 為維護公務機密及相關業務個人資料保護，本人對於職務上相關之公務機密及個人資料，就其內容負永久保密之責，不因離職、代訓、實習等服務期間結束而終止。持有或獲知資料，未經同意或授權，不得洩漏、轉讓第三者或公告週知，如有洩露、交付公示於他人者，願接受院方懲處並負相關法律責任。

第四條 因執行職務之需要，而必須對個人資料做蒐集、處理或利用時，應依個資法規定履行告知義務，並符合個資法規定之特定情形或經當事人書面同意後，始得為之。且應尊重當事人之權益，依誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關連。

前項書面告知事項，應包含下列事項：

一、公務機關或非公務機關名稱。

二、蒐集之目的。

|      |                  |    |      |                                   |            |            |     |
|------|------------------|----|------|-----------------------------------|------------|------------|-----|
| 文件名稱 | 資料保密協議暨資訊安全規範同意書 |    | 權責單位 | 病歷資訊管理室(病歷)<br>秘書室(個資)<br>資訊室(資安) |            | 頁碼/<br>總頁數 | 2/2 |
| 文件編號 | 02100-4-000102   | 版次 | 2.1  | 修制訂日期                             | 2023/03/16 |            |     |
|      |                  |    |      | 檢視日期                              | 2023/03/16 |            |     |

三、個人資料之類別。

四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式。

五、當事人依第三條規定得行使之權利及方式。

六、當事人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響。

第五條 本人因工作上所知悉、取得的個人資料，如因執行職務之需要，而必須複製、歸納整理或電腦建檔者，必須依本院之規定處理，經授權後，始得為之。

第六條 對本院之個人資料檔案(包括電腦檔案及書面資料)，不得擅自洩漏、輸出、列印、燒錄、複製、干擾、變更、刪除、毀損、滅失、竄改或妨害個人資料檔案的正確性。

第七條 公務電腦、網路及相關電腦資源應作為公務使用，不得使用於任何個人用途亦不得妨害公務。

第八條 個人使用公務電腦、網路及相關電腦資源，禁止任意安裝或下載非公務需要、非經合法授權或有安全性疑慮之軟體或資料，或利用從事惡意破壞行為。

第九條 本院公務電腦及網路為本院所有，以提供公務使用為原則，本院得保存使用紀錄及系統軌跡。必要時會適時進行監控管理，包括高風險之院外 VPN 操作過程畫面錄影存證、資料外洩防護(DLP)等，均依本院「02100-2-000015\_資訊設備及作業管理要點」辦理。

第十條 為避免電腦病毒傳染及保障本院資料安全，嚴禁使用不明來源之磁片、光碟片及隨身碟，同時電腦亦不得存放不明資料或軟體。

第十一條 本人違反本同意書所定之義務時，除應賠償本院所受之損害外，並送考績委員會議處。本人已經詳閱且充分瞭解，並且願意遵守相關規定。

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

職稱：

戶籍地址：

電話：

中華民國 年 月 日

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院(代訓人員版)

## B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

|                                                                                                                                                 |  |                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 類別： <input type="checkbox"/> 代訓醫師                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/> 代訓醫事人員，職稱_____                                                             |  |
| 姓名：                                                                                                                                             |  | 薦送醫院/機構：                                                                                            |  |
| 身份證字號：                                                                                                                                          |  | 代訓科別：                                                                                               |  |
| 訓練期間：      年      月      日起至      年      月      日止                                                                                              |  |                                                                                                     |  |
| 曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                                                           |  |                                                                                                     |  |
| 前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：                                                                                                                               |  | 檢查地點：                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(－)、HBsAg(+)，帶原者，需檢附檢驗證明。                                                                                    |  |                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(－)，已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明。                                                                            |  |                                                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(－)、HBsAg(－)<br>○完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附檢驗證明及疫苗注射證明。<br>○已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，檢附注射疫苗及檢驗證明。 |  |                                                                                                     |  |
| 本人知悉「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」之相關規定，且願意遵守。                                                                                                   |  |                                                                                                     |  |
| 本人簽章：                                                                                                                                           |  | 日期：      年      月      日                                                                            |  |
| 是否已繳交胸部 X 光檢查報告單                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> 是，檢查日期：_____， <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 不需繳交* |  |
| * 在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。<br>* 胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。                                                                                           |  |                                                                                                     |  |

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院院外醫事人員離院手續單

申請日期： 年 月 日

(短期代訓醫師)

|                                                                                                                                        |                       |                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 中文姓名：                                                                                                                                  |                       | 送訓機構名稱(薦送單位)：                                                                                  |  |
| 英文姓名：                                                                                                                                  |                       | 原服務機構職稱：                                                                                       |  |
| 出生日期： 年 月 日                                                                                                                            |                       | 本院受訓科別： 部 科                                                                                    |  |
| 身份證字號：                                                                                                                                 |                       | 聯絡電話：                                                                                          |  |
| 地址：                                                                                                                                    |                       |                                                                                                |  |
| 實際受訓日期                                                                                                                                 | 自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止  |                                                                                                |  |
| 實際受訓日期                                                                                                                                 | 共 計 年 月 日 (請各醫療部惠予查證) |                                                                                                |  |
|                                                                                                                                        | 代訓科部查證人簽章：            |                                                                                                |  |
| 該員將於 年 月 日受訓完畢離院，有無未了手續請各單位惠予查證                                                                                                        |                       |                                                                                                |  |
| 代訓單位主管核章<br>同意發給代訓證明                                                                                                                   |                       | 代訓單位財產管理員<br><br>宿舍核章<br><input type="checkbox"/> 無住宿可免核章<br><input type="checkbox"/> 已搬清物品無欠費 |  |
| 病歷室核章<br>(西址 B1 醫師閱覽室)<br><input type="checkbox"/> 已完成所有病歷與電子簽章<br><input type="checkbox"/> 已歸還所有病歷<br><input type="checkbox"/> 已繳回閱覽證 |                       | 總務室出納組(東址 1 樓)<br><input type="checkbox"/> 已繳清「未完成病歷」罰金<br><input type="checkbox"/> 無「未完成病歷」罰金 |  |
|                                                                                                                                        |                       | 駐警隊(東址 1 樓)<br><input type="checkbox"/> 已歸還駐警隊 IC 臨時門禁卡                                        |  |
| * 該員離院手續已辦理完畢，請核發代訓證明 *<br>★短期代訓證明領取簽名處： _____ 校附醫教訓字第 _____ 號                                                                         |                       |                                                                                                |  |
| 教學部主管核章                                                                                                                                |                       | 教學部承辦人核章<br><input type="checkbox"/> 職名章繳回<br><input type="checkbox"/> 識別證繳回                   |  |

※請代訓醫師於受訓完畢離院前，至上列各單位辦理離院手續(宿舍:無住宿者免辦)

辦清後最遲應於離院當日下午4點前交回教學部教育組，俾憑發給代訓證明。

※受訓完畢離院前須辦清離院手續，否則不發給訓練證明。

修訂日期：1130628