

營養室實習申請須知

2012.10.16 第一版

2022.08.01 第十四版

一、實習期間/時數：

(一)實習日期自暑假期間實施計54天(上班日)，實習總時數為432小時。

(二)實習學生須配合實習場所上班時間，含早班、晚班。若因學生請假致實習時數不足，須於實習契約有效期間內補足，俾便完成實習成績考核。

二、實習地點：天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院，地址：嘉義市大雅路二段565號。

三、實習名額：依教學醫院評鑑規定暨本院營養部門人力運作及各校歷年實習生表現而定。

四、申請手續：

第一階段筆試甄選審查資料：

(一)由各校具函向本院提出申請(各校上限為兩名)，不接受個別申請，並附參加甄選之學生歷年全部操行及學業成績單。如最後一學期尚未列記成績者，請列出所修科目及期中考成績。

(二)申請實習學生名冊(含聯絡電話)。

(三)申請截止日期：每年12月31日止。

(四)經書面審核始取得筆試甄選資格，筆試日期由教學管理人個別通知，地點本院健康園區營養室，考試範圍包括臨床、團膳及英文期刊閱讀，3月10日前公布筆試通過名單，甄試當日考生須攜帶身分證及學生證參加。

五、符合本院甄試資格者須於實習前一個月完成「第二階段審查資料」依序備齊，由校方行文至本院備查。

第二階段審查資料包括：

- 實習合約書、
- 身體檢查、
- 學生保險證明、
- 實習證明
- 實習成績單或考核表

注意事項：以下資料請於實習前3周發文提供附件

1.「實習合約書」、「院外人員進修須知」、「院外人員人事資料表暨保密切結書」，待實習名單確認後，請至本院人才招募網頁下載。

<http://www.stm.org.tw/intranet/jobs/jobs.htm>

2.依「教學醫院評鑑基準及評量項目」規定，請貴校檢附實習期間

學生意外傷害險最低100萬之證明影本。

3.依「醫院感染管制查核基準」規定，請 貴校檢附實習學生如下規範之體檢報告

(1)實習前半年內之胸部X光

(2)實習前一年內之B肝(需檢驗抗原及抗體)、C肝、水痘、麻疹、德國麻疹、腮腺炎及梅毒抗體檢驗報告

(3)營養室人員須同時檢附一年內之A肝(需檢驗抗原及抗體)及傷寒檢驗報告

(4)如有HIV檢驗報告請一併提供(本項檢驗不強制提供)

4. 實習費用每名新台幣肆仟元整。

收款帳戶	戶名：天主教中華聖母修女會醫療財團法人
	銀行名稱：兆豐國際商業銀行嘉義分行
	帳號：022-10-35888-1

5.請實習報到時攜帶1吋照片，以利製作識別證。

6.因應 COVID-19 防疫措施，請實習生檢附 COVID-19 疫苗施打 3 劑證明影本。未完成接種 3 劑疫苗者，需依中央流行疫情指揮中心因應 COVID-19 防疫管理指引辦理：檢附實習前自費 3 日內抗原快篩(不含家用快篩)或 PCR 檢驗陰性證明。依 TOCC 調查(如下表)內容回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽 TOCC 紀錄單。

六、實習規定：

(一) 遵守本院各項規定，及實習學生有關規定。

(二) 遵守本院營養部門之實習進度及有關規定。

(三) 自備營養部門規定之整齊制服如白色實驗衣、廚房工作須穿著圍裙及雨鞋，保持儀容端正。

(四) 實習期間須按時繳交實習作業等。

(五) 實習成績逕寄學校。

(六) 繳交實習費用。

(七) 交通、膳宿自理。

八、本院營養室聯絡人：陳幸慧專員，聯絡電話：05-2756000轉1655。

電子信箱：h450@stm.org.tw

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院

實習生 TOCC 紀錄單

修訂日期:111 年 6 月 2 日

問題	評估項目
病史/就醫紀錄	1. 是否曾經確診過嚴重特殊傳染性肺炎(新冠肺炎) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，確診日期：_____月/_____日 我目前是 <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主防疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理(到期日：_____月/_____日)
7 天內是否有右列症狀	請問 7 天內是否有發燒、咳嗽、喉嚨痛、流鼻水、鼻塞、不明原因腹瀉、味覺或嗅覺異常、呼吸困難 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1. 如有出現症狀，請詢問有症狀日期：_____。 2. 是否曾經使用過 <input type="checkbox"/> 家用快篩 <input type="checkbox"/> 抗原快篩 <input type="checkbox"/> 核酸檢驗 PCR，檢驗日期：_____， <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
接觸史	2 周內曾與確診的同住家人或密切接觸的親人、友人、同事有脫口罩聊天、一起進食、喝水等至少 15 分鐘。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 同住家人最近 2 周內曾經： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主防疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理(到期日：_____月/_____日) <input type="checkbox"/> 同住家人或密切接觸的友人最近 7 日內有發燒、呼吸道症狀、嗅味覺異常、不明原因腹瀉。
COVID-19 疫苗接種	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 已完成第一劑施打; <input type="checkbox"/> 已完成第二劑施打; <input type="checkbox"/> 已完成第三劑施打(施打日期：_____月/_____日)

實習起訖日期	實習單位/科別	連絡電話	聯絡地址	身分證字號	實習生簽名(正楷)/日期(年/月/日)

★實習生請於實習前 3 天依 TOCC 調查內容回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽 TOCC 調查表，正本交由實習管理單位留存，受理實習單位留副本備查【實習管理單位如下:教研部(PGY)、人力科(放射、復健、檢驗、藥劑、營養、社服、眼科、糖尿病中心)、基金會(基金會實習生)、芳安護理行政部(芳安院區實習生);護理部(護理實習生)另創表單不使用本表單】。

★檢附 COVID-19 疫苗施打 3 劑證明影本。未完成接種 3 劑疫苗者，須依中央流行疫情指揮中心因應 COVID-19 防疫管理指引辦理：檢附報到前 3 日內自費抗原快篩(不含家用快篩)或 PCR 檢驗陰性證明，或 3 個月內曾經確診已解除隔離者，檢附解除隔離通知書，則可免篩。

(本院戶外篩檢亭 110 年 11 月 22 日起服務時間為週一至週五 08:30-12:30，週六 08:00-12:00;日後將因應疫情之變化，滾動式調整戶外篩檢亭服務時間，請參閱本院網頁或致電本院服務台洽詢)

★實習生如有上述旅遊史、接觸史或打工場所所有確診者或曾被匡列為確診者足跡之場所

(1)有表列症狀者，請實習老師評估是否請實習生就醫 PCR 採檢或自主健康管理 2 週延後實習。

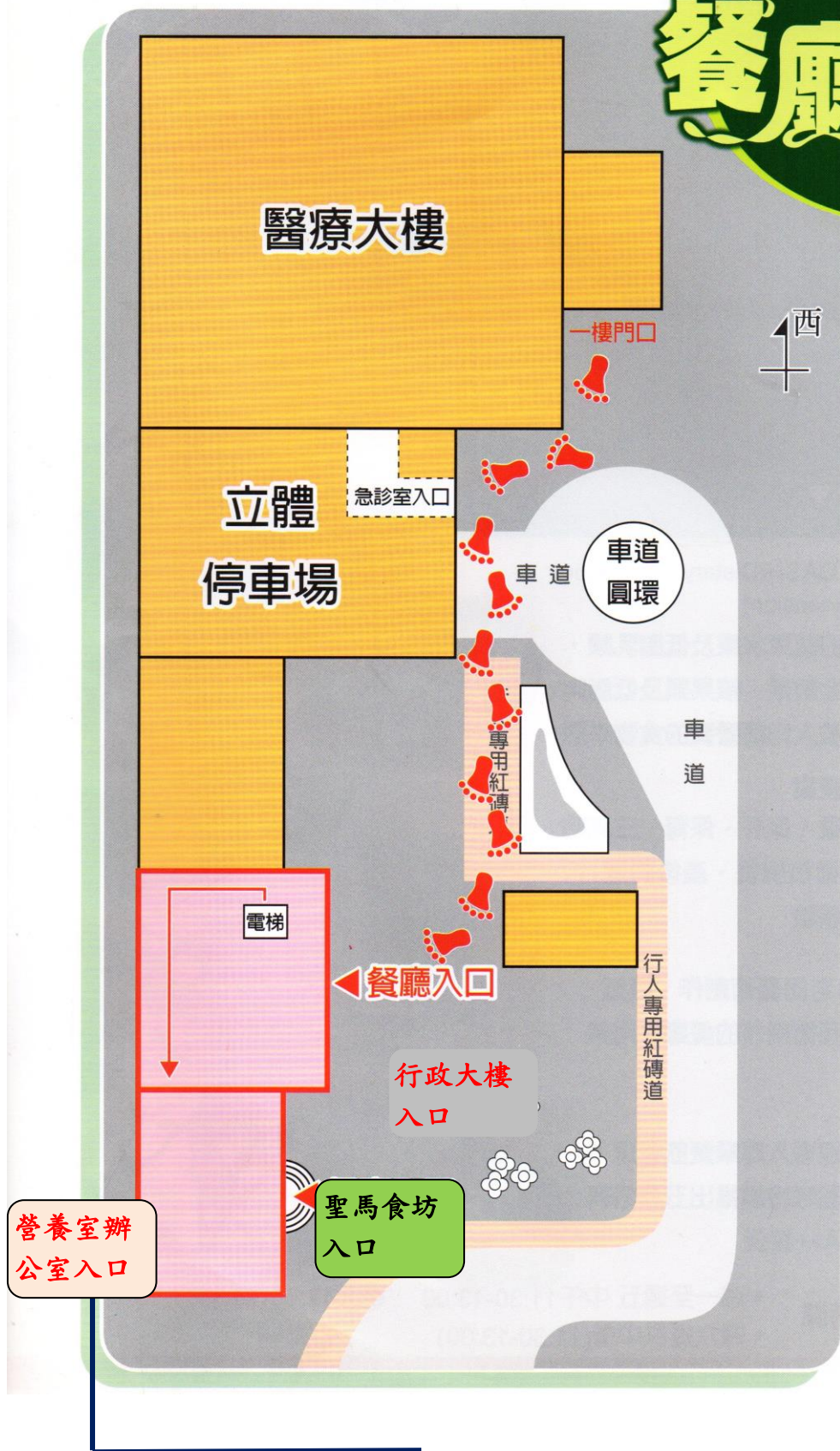
(2)無症狀者，維持實習時程，但須請實習生加強自主健康管理(戴口罩、勤洗手、量體溫、保持社交距離)。

★請據實填寫 TOCC，如有隱匿或填寫不實，依傳染病防治法規定，主管機關得處新臺幣 6 萬以上 30 萬元以下罰鍰。

營養室辦公室地圖

財團法人
Stm 天主教聖馬爾定醫院
St. MARTIN DE PORRES HOSPITAL

餐廳 指引 路線圖



★ 請依指標前往餐廳 ★