

# 代訓人員辦法

民國 82 年 01 月 06 日制定  
民國 85 年 05 月 14 日一修  
民國 90 年 11 月 .01.日二修

民國 91 年 03 月 25 日三修  
民國 95 年 07 月 31 日四修  
民國 98 年 04 月 15 日五修

民國 99 年 04 月 07 日六修  
民國 100 年 04 月 25 日七修  
民國 103 年 07 月 22 日八修

民國 107 年 01 月 09 日九修  
民國 110 年 04 月 12 日十修

管理單位：教學部

## 第 1 條 (目的)

為加強專業交流合作，提供聯合訓練之機制，促進醫學教育訓練、研究及提高醫療服務水準，特訂定本辦法。

## 第 2 條 (適用範圍)

與本院簽訂建教合作之醫療院所、機關團體或經本院核准者。

## 第 3 條 (適用對象)

各代訓人員（醫師、護理、醫技、行政）及已領有相關執業執照之醫事人員，均適用本辦法。

## 第 4 條 (訓練類別)

- 一、凡領有國內外醫事人員執照者得申請代訓。
- 二、申請來本院代訓者，須經教學部核定，但衛生局、群體醫療執業中心等因政策需要，經公函推薦現職人員來院代訓者，其資格得從寬認定。

## 第 5 條 (申請時間程序及費用)

申請來院代訓者，須於受訓前一個月提出申請，並遵守下列規定辦理：

- 一、由各醫院負責人備函推薦，檢附代訓人員申請書、個人簡歷、訓練計畫及相關證件向教學部提出申請，若無建教合作合約之機構另檢具代訓同意書，經受訓單位核簽後，呈院長核准後辦理。
- 二、代訓名額，本院得視其推薦性質、需要緩急及本院容納情形酌量收訓，名額視各單位合作需要，且符合相關訓練容額限制。
- 三、代訓期間以一年為限，並視實際需要得申請延長。
- 四、在本院接受訓練，得按訓練期間、內容斟酌收代訓費用。代訓費用標準依下列方式酌收辦理：

類別	每日	每週	每月
簽有建教合約	500	2,000	5,000
未簽建教合約	1,000	4,000	10,000
國外醫事人員	3,000	10,000	30,000

- (一) 訓練期間超過六個月以上不收費。
- (二) 各醫療院所或機關團體另有規定者，從其約定。

## 第 6 條 (福利)

代訓人員於代訓期間之相關福利除另有約定外，依其規定如下：

- 一、得申請宿舍，費用依宿舍現行收費標準辦理，但視情況供給宿舍。
- 二、可憑本院識別證使用圖書館及享有部份餐飲優惠。
- 三、得參加本院各社團活動，但不予費用補助。

- 第 7 條           （醫療責任）  
與本院簽訂建教合約支機構團體依合約內容辦理；非本院建教合作之機構團體須於選訓人員至本院受訓前填具代訓同意書，如代訓人員於訓練期間發生醫療或其他法律責任，悉依代訓同意書之約定處理。
- 第 8 條           （結訓）  
代訓期滿得辦理離職手續。未如期完成訓練或未按規定辦理報到及離職手續者，不發給代訓證明。
- 第 9 條           （附則）  
代訓人員應遵守本院之員工工作規則及醫師服勤規則。
- 第 10 條          （其他）  
本辦法如有修正或廢止時，經院長核准後公告實施。

## 臨床醫事人員培訓計畫代訓人員基本資料繳交表

### Check list

受訓人醫院：

受訓人姓名：

項目	資料表名稱	勾選	備註
1	本院代訓同意覆函影本一份		
2	代訓申請表一份		請貼妥照片，並於報到當日另攜帶照片 1 張
3	代訓同意書一份		送訓機構與本院為建教合作醫院者免付同意書
4	醫師或護理、醫技專業證書影印本一份		
5	醫事人員資料一份 (請至教學費用補助管理系統列印)		
6	體檢報告 1. 代訓日前一年內之胸部 X 光檢查報告 2. B 型肝炎檢驗結果(若未具有抗體者需提供接種證明) 3. 麻疹抗體檢查證明(5 年內麻疹抗體證明或 15 年內 MMR 抗體接種證明)		
其他資料(視需求申請)			
7	住宿申請 1. 申請表一份(申請表請黏貼身分證正反面影本) 2. 宿舍申請須知簽名		視宿舍入住情況提供住宿，請最遲於代訓日前 <u>1 個月</u> 繳回住宿申請表
8	代訓證明書申請表(報到當日索取)		如需申請代訓證明書，請於報到當日向教學部索取申請書。

# 實習暨代訓人員申請表

醫師    醫技    護理    其他   填表日期：\_\_\_\_\_

姓名		身份證號								貼彩色照片處	
籍貫		出生日期	民國	年	月	日					
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚								
通訊處	永久					電話					
	現在					E mail					
畢業學校			科系			畢業證書字號					
服務機關	科別	職級	服務起迄								
			民國__年__月至__年__月共計__年__月								
			民國__年__月至__年__月共計__年__月								
證照號碼	醫、護(技術)人員專業證書 _____ 字第 _____ 號										
	醫師管制藥品證號 _____										
訓練申請科別			訓練方式	<input type="checkbox"/> 進修、代訓 <input type="checkbox"/> 實習 <input type="checkbox"/> 見習							
訓練申請期間	自 __ 年 __ 月 __ 日起至 __ 年 __ 月 __ 日止 共 __ 年 __ 月										
申請訓練理由	機構負責人： _____ 簽章										
代訓人員應繳證件： 1. 醫師證書或護理、醫技專業證書影印本一份，醫師請附管制藥品證號 2. 經歷證明正本一份(臨床醫事人員培訓計畫代訓人員請以 <u>教學費用補助管理系統醫事人員資料列印頁面</u> 代替經歷證明) 3. 代訓同意書；代訓醫師另需辦理職業執照登錄(建教合作醫院免付代訓同意書) 實(見)習人員應繳證件： 1. 學校同意函或推薦書、歷年成績證明、自傳、實(見)習計畫 2. 由學校提出申請者免填本申請表											

## 代 訓 同 意 書

- 一、立同意書人（送訓機構單位主管或機構負責人）\_\_\_\_\_茲選送本院\_\_\_\_\_科（部、室）\_\_\_\_\_，委託 貴院訓練，前揭人員在 貴院服務期間，（自民國(下同)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止）所發生之醫療糾紛或其他法律責任，概由立同意書人與前揭人員負連帶賠償責任。
- 二、如 貴院就該醫療糾紛事件依法院判決或與依法有損害賠償請求權人達成和解(包括但不限於訴訟上或訴訟外和解)需要給付損害賠償金者，立同意書人同意於判決確定或和解成立之日起三日內如數給付 貴院，以供賠償給付。
- 三、立同意書人與前揭人員同意遵守 貴院代訓人員辦法以及相關法規範。若前揭辦法以及法規範有變動時，依最新的辦法及法規範辦理代訓相關事務。
- 四、前揭人員不遵守約定而損害 貴院權益時，立同意書人願負一切損害賠償責任。

此致

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院

立同意書人：

機構負責人：

中 華 民 國                      年                      月                      日



新光醫療財團法人

新光吳火獅紀念醫院

SHIN KONG WU HO-SU MEMORIAL HOSPITAL

## 宿舍申請須知



一、申請條件：一律以身分證上戶籍地址為主

二、申請日期：到職日(含)前7天。

三、申請資格與順位如下：

1、第一順位：單身、戶籍台北市、新北市以外地區。

2、第二順位：單身、戶籍新北市偏遠地區（三重、蘆洲、板橋、淡水此上述地區除外）。

\*單身、戶籍台北市、新北市（三重、蘆洲、板橋、淡水），可依空床狀況開放申請，收費方式另計。

\*本宿舍依管理辦法依序開放申請，若宿舍不敷使用或院方有需要時，則依院方之管理辦法同意無條件配合院方轉出及退宿。

\*如有不符申請資格者需申請者，依專案簽呈核准後辦理。

四、申請方式及流程：

1、方式：填寫「宿舍申請表」如附件，並檢附身分證正反面影印本及「宿舍申請須知」至事務課辦理。

2、流程：申請人→單位主管核准→人事主管核准→事務課審查（核准）登記→宿舍報到遷入。

五、入住或退宿請於每日上午九點至下午五點持單至宿舍管理櫃台辦理：

1. 申請宿舍經核准後，申請人於申請核准日起5日內（含假日）持申請表向宿舍管理員辦理報到入住（宿舍地址：台北市士林區基河路252號），否則自動取消住宿資格。

\*床位依當時空床狀況安排，恕不提供自行選擇，敬請見諒。

2、離職或實習結束者需於離職或實習結束日起2日內搬離宿舍（不含假日）。

3、結婚或醫師晉升臨床研究員者已不符合住宿資格，應自行辦理退宿手續，不為者經查屬實願接受本院宿舍管理辦法辦理。

六、收費方式：

1、住宿天數滿一個月者以一個月收費計，住宿天數未滿一個月者以日收費計（以宿舍報到遷入日期為主）。

2、員工住宿清潔管理費扣款由事務課於每月5日前通知人事課於薪資中按月扣除。故辦理退宿者請於每月4日前將退宿流程完成並將退宿單繳交至事務課。

3、實習生等非屬本院員工者，請於每月5日前至事務課領取出納收入證，至1樓出納櫃檯繳交當月住宿清潔管理費用。

4、收費標準：行政人員、門診護理師、實習生收費 3,700 元/月  
醫技、護理師收費 2,500 元/月（需輪三班者）  
住院醫師收費 100 元/月

七、如有任何宿舍問題，請與經辦聯絡 謝謝！

聯絡人：葉春成 先生

聯絡電話：2833-2211 # 2325 手機:0984161506(81-1531)

聯絡地址：台北市士林區文昌路95號第一行政區事務課  
(A16室)

我已詳讀上述須知並同意

單位：

簽名：

總務部事務課

# 宿 舍 申 請 表

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

\*身分證影本貼於背面

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身 分 證 字 號		婚 姻 狀 況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚
聯 絡 電 話		出 生 日 期	_____年_____月_____日
服 務 單 位		職 稱	
員 工 代 碼		到 職 日 期	_____年_____月_____日
戶 籍 地 址			
緊 急 連 絡 人		聯 絡 人 電 話	
學 校		Email:	

說明：1.住宿期間，申請人確切遵守相關管理規則之規定，如有違背規定或損壞物品，致使本院蒙受損失，願照原價負一切損壞賠償之責任，並願接受宿舍管理辦法規定之處分。

2.住宿起算日與結算日以申請人向事務課登記資料為主，如因申請人個人因素導致溢扣款項，本院概不負賠償責任。

3.本宿舍係提供單身員工住宿使用，FELLOW、已婚、或隱匿者，若無自行辦理退宿，經查屬實願接受本院追繳住宿費用（依住宿管理辦法第5條辦理），並立即辦理退宿。

4.本宿舍依照管理規則依序開放申請，若宿舍不敷使用或院方有需要時，同意無條件配合院方安排轉出及退宿。

5.在職同仁請於事務課申請核准日5日內或新進人員於到職日前5日內至宿舍完成報到手續，否則自動取消住宿資格。

6.若需退宿需每月4日前至事務課完成退宿手續，否則當月扣其住宿費，恕不退款。

7.實習生繳費請於當月3日前至事務課繳交完成。

申請人簽章：\_\_\_\_\_ 中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

申請人請填上表粗框處下表請勿填寫，申請流程：單位主管→人力資源部→事務課

繳 費 方 式	<input type="checkbox"/> 扣薪	房 號		含該員目前該房共____人
	<input type="checkbox"/> 繳現	鑰 匙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
宿 舍 管 理 費	<input type="checkbox"/> 行政人員收費 <u>3,700/月</u>	磁 卡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 醫技護理人員收費 <u>2,500/月</u>	宿 舍 管 理 員：_____		
	<input type="checkbox"/> 住院醫師收費 <u>100/月</u>	遷入日期：_____年_____月_____日		
事務課主管	事務課經辦	人力資源部	單位主管	

身 份 證 影 本 黏 貼 處

--	--