

營養室實習申請須知

2012.10.16 第一版

2023.11.30 第十六版

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(各校上限為一名)，**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、社區共三科筆試為主及英文期刊閱讀筆試，當三科筆試同分，將採計英文期刊閱讀筆試分數。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

體檢報告

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申請實習資料下載

<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(需檢驗抗體IgM、IgG)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. 請實習報到當日早上8:00攜帶1吋照片，以利製作識別證。
6. 依醫療機構因應COVID-19感染管制措施指引，請實習生於實習前3日完成「疑似新冠症狀及接觸史紀錄單」調查(如下表)內容回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽「疑似新冠症狀及接觸史紀錄單」。

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。

- 七、 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：nutrition@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

實習生疑似新冠症狀及接觸史紀錄單

修訂日期:112年5月8日

問題	評估項目
是否有右列症狀	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 不明原因腹瀉 <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 症狀出現日期: _____年/____月/____日 ◎如出現上述症狀確診為陽性，請與實習單位主管連繫，以利後續實習期間調整。
接觸史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 同住或曾密切接觸之親友或同學曾於7天內確診過新冠肺炎(確診日期: _____年/____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)

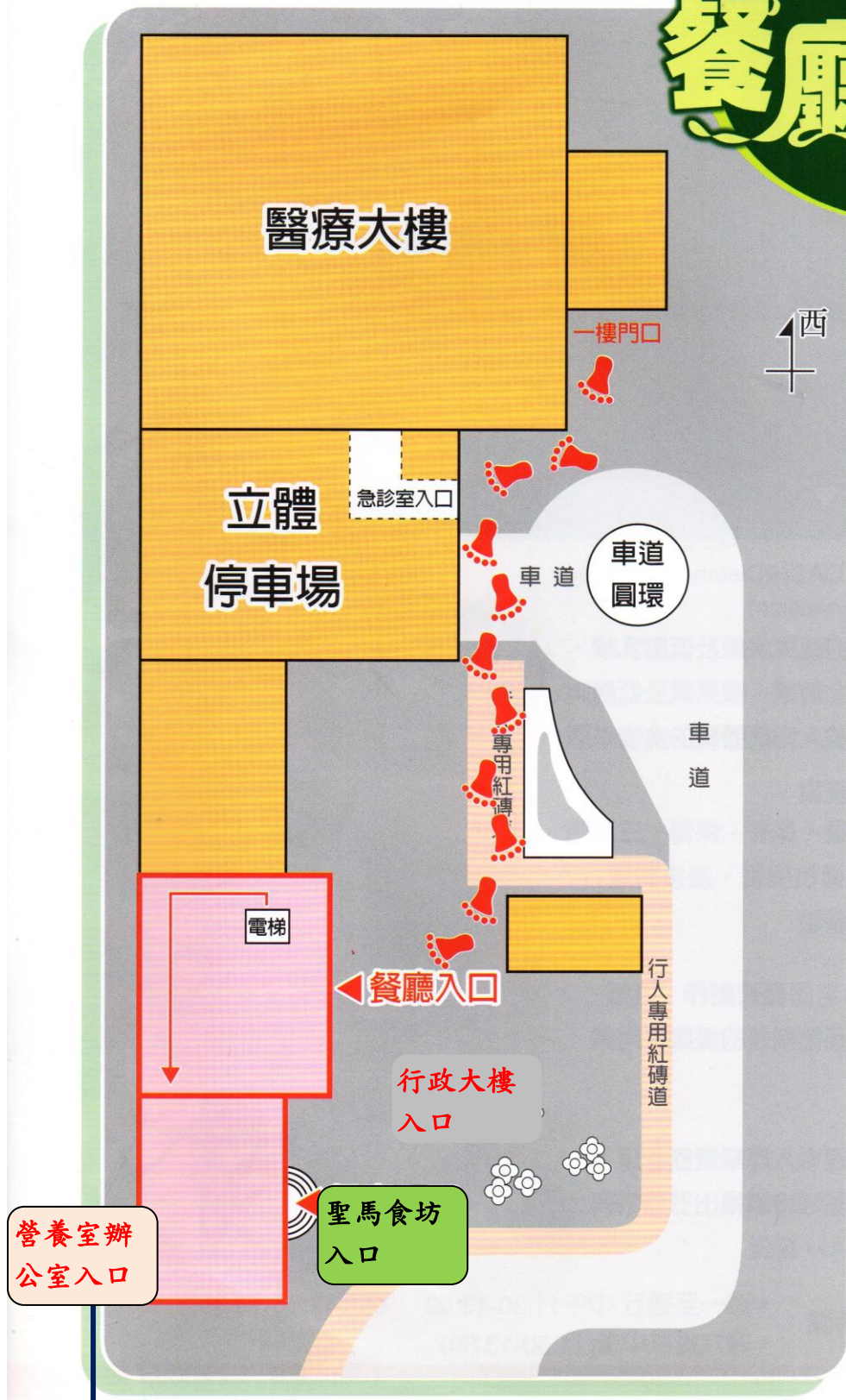
★實習生請於實習前3天完成「疑似新冠症狀及接觸史紀錄單」調查內容並回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽「疑似新冠症狀及接觸史紀錄單」，正本交由實習管理單位留存，受理實習單位留副本備查【實習管理單位如下:教研部(PGY)、人力科(放射、復健、檢驗、藥劑、營養、社服、眼科、糖尿病中心)、基金會(基金會實習生)、芳安護理行政部(芳安院區實習生);護理部(護理實習生)另創表單不使用本表單】。

★相關防疫政策會依據衛生福利部疾管署規定做滾動式調整。

營養室辦公室地圖

財團法人
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 ★