

作業標準書

標準類別	<input type="checkbox"/> 作業流程(P)	標準名稱	護理部代訓院外護理人員辦法	SOP 編號：X-D4000- MNE0015	
	<input type="checkbox"/> 人事管理(H)			主辦單位：護理部	
	<input type="checkbox"/> 教育訓練(E)			文件審核部門：護理部	
	<input checked="" type="checkbox"/> 其他(X)： <u>工作執行手冊</u>			制訂日期：2007.12.10	
	<u>-教育訓練</u>			修訂日期：2017.03.28	版次：第 5 版

1. 目的：為促進院際護理專業照護知識及資源交流，特訂護理部代訓院外護理人員作業辦法，以接洽培養院外護理人員至本院受訓之相關作業。
2. 適用範圍：院內外護理人員。
3. 名詞定義：無
4. 內容：
 - 4.1 本院護理部接受公私立醫院、衛生局及相關學會等委託代訓護理人員。
 - 4.2 代訓類別：
 - 4.2.1 臨床實習：以臨床實作學習為主，如感染管制、血液透析、腹膜透析、糖尿病衛教等。
 - 4.2.2 訓練課程：以參加特定之訓練班為主，如 ACLS 訓練、急重症訓練班、專科護理師培育訓練計畫等。
 - 4.3 申請時間：委託訓練醫院申請之需求請於受訓前一個月來函說明代訓類別、時程與人數，護理部將惠復安排並安排訓練。
 - 4.4 申請程序：委託訓練醫院應於一個月前來電告知護理部，經副院長同意後，檢附受訓人員資料並正式發函至本院，受訓第一天攜帶本院回覆之公文及相關證明文件至護理部報到。
 - 4.5 來函應檢附資料：代訓護理人員申請表（附件一）、身分證正反面影本、學經歷證件影本、醫事人員證書影本、近半年身體檢查報告、在職證明一份、二吋照片二張等。
 - 4.6 訓練期間：
 - 4.6.1 臨床實習：以六個月為限。
 - 4.6.2 訓練課程：依據各訓練班課程安排。
 - 4.7 受訓人員考核：受訓期間由本院單位主管完成其考核，並將考核結果薦送原單位。
 - 4.7.1 臨床實習：依本院或委託訓練醫院之人員考核辦法進行考核。
 - 4.7.2 訓練課程：依照課程辦法完成滿意度、簡易試卷評量至少一次。
 - 4.8 受訓證明核發：受訓期間經考核合格通過者，由本院或委託單位頒發結訓證明。
 - 4.9 代訓費用：
 - 4.9.1 代訓費用視其代訓課程種類及時間進行收費。
 - 4.9.2 與本院訂有建教合作之醫院送訓者，收費另議。
5. 備註說明：無
6. 附件
 - 6.1 附件一：代訓護理人員申請表。
 - 6.2 附件二：受訓證明申請表。



代訓/見習醫事人員申請表

申請日期： 年 月 日

申請人請填寫粗黑框線內欄位

申請資料	委託機構名稱		聯絡地址	地址：	二吋相片浮貼
	受訓人姓名		電話	電話：	
	受訓課程		訓練類別	<input type="checkbox"/> 見習(訓練時間未滿一個月) <input type="checkbox"/> 代訓(訓練時間達一月以上)	
	受訓人員類別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 醫事人員 _____ <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 行政管理人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____	受訓期間	自 年 月 日至 年 月 日	<input type="checkbox"/> 醫事人員證書影本 <input type="checkbox"/> 執業執照 <input type="checkbox"/> 身份證影本 <input type="checkbox"/> 服務證明 <input type="checkbox"/> 學經歷證件影本 <input type="checkbox"/> 二吋照片二張 <input type="checkbox"/> 匯款收據 元大商業銀行台中分行 機構代碼：806 戶名：仁愛醫療財團法人 帳號：00013210070011
代訓單位	<input type="checkbox"/> 同意 報到時間：_____；地點：_____ 受訓費用：新台幣_____元整 聯絡人：_____ (分機：_____)			承辦人	
	<input type="checkbox"/> 不同意 原因：_____			單位主管	
教學研究部				單位主管	
				部門主管	
出納課				承辦人	
				單位主管	
院長		副院長		醫教會	



仁愛醫療財團法人 受訓人員證明書申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		受訓單位		相片浮貼處
委託 機構 名稱		電話	(O) (H) (手機)	
通訊處				
本院 訓練 科別				
期限	自 年 月 日至 年 月 日 (計 年 月)			
呈 核	醫教會	教學研究部	訓練單位主管	
申請人		證明書簽收人		