

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

院外代訓人員訓練申請表

Taichung Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation

Training Application Form

申請日期(Application Date) : / / /(yyyy/mm/dd)

申請資料 (Application Information)	送訓機構名稱 (Organization Name)			
	服務單位/職稱 (Service Unit/Position)			
	受訓人員姓名 (Name)		電子信箱 (E-mail)	
	聯絡電話 (Contact Number)		手機號碼 (Cell Phone Number)	
	國籍 (Nationality)		護照號碼 (Passport Number)	*此欄本國籍免填
	聯絡地址 (Contact Address)			
	受訓人員資格 (Trainee Qualification)	☐ 醫師/牙醫師/中醫師(Doctor/Dentist/Doctor of Traditional Chinese Medicine) ☐ 護理人員(Nursing Staff) ☐ 醫技人員(Medical Technician) ☐ 其他人員(Others) : _____		
	訓練課程 (Training Course)			
	訓練期間 (Training Period)	自____年____月____日至____年____月____日 From _____(yyyy/mm/dd) to _____(yyyy/mm/dd) ☐ 全時(Full time) ☐ 其它(Others) : _____		
	檢附資料 (Required Documents)	☐ 代訓切結書及保密切結書(Training and Non-disclosure Declaration) ☐ 個資授權同意書(Release of Personal Information Agreement) ☐ 聯合訓練計畫書(Training Program) ☐ 身分證影本(Copy of Passport) ☐ 胸部 X 光報告及體檢報告(Chest X Ray and Health Examination Report) ☐ 醫事執照及證書影本(Copy of License or Certificate and Practice License) ☐ 報備支援核准書(Medical staff report support approval letter) ☐ 1 吋半身照片一張(1-inch Photograph, one copies)(可報到當日繳交)		
緊急聯絡人 (Emergency Contact)		緊急聯絡電話 (Emergency Contact Tel.)		
代訓單位 (Training Department)	☐ 同意(Approve), 聯絡人(Contact Person) : _____(分機(ext.) : _____) ☐ 不同意(Not approve), 原因(Description) : _____ _____ 代訓單位主管(Training Department Supervisor) : _____			
	教學部 (Department of Clinical Education)	人力資源室 (Human Resources Office)	財務室 (Finance Office)	院長室 (Superintendent Office)

表單流程：申請人→代訓單位→教學部→人力資源室→財務室→院長室
E6A0021541-G5

申請人請填寫粗黑框線內欄位 (Applicants Must Fill Out Boxes In Black Outline)