

代訓申請表

 代訓職類：護理 藥事 醫事檢驗 物理治療 醫事放射

填表日：____年____月____日

受訓學員							身分證字號									相片浮貼處
生日			聯絡電話			電子信箱							請黏貼 1 吋相片 (1 張實貼另 1 張浮貼)			
通訊住址																
隸屬機構						機構地址										
學歷 (請由最高學歷開始填寫)																
學校名稱						所/系/科				畢業年月			學位			
經歷 (含現職, 請由最近經歷開始填寫)																
服務機構名稱					部門單位				職稱			服務起迄年月				
												~				
												~				
												~				
申請代訓單位與內容																
訓練單位：																
訓練項目：																
訓練期程：自____年____月____日至____年____月____日，計____年____個月。																
受訓人員：_____ (簽章) 隸屬主管：_____ (簽章)																

註：1、請至少於訓練前 2 個月向收訓單位確認訓練項目、受訓學員與訓練期程，並來函提出申請，業經本院教研室確認後函復送訓單位。

2、來函需檢附本申請表、醫事人員證書影本、畢業證書影本、健康檢查報告影本 (肝炎抗原/抗體及近一年胸部 X 光) 及脫帽 1 吋照片 2 張。