

衛生福利部補助計畫申請書

年 度：

計畫名稱：中醫醫療機構負責醫師訓練計畫

申請機構：

計畫主持人：

- ◎除專有名詞外，本申請書限用中文書寫
- ◎書寫原則請詳參各項目之說明段
- ◎申請書之撰寫應詳盡完整，並請務必依本格式內容順序依序填寫，否則不予受理
- ◎本計畫書請先報由 000000(本部委託單位)進行初審作業

目 錄

第 頁

| | |
|--------------------|-------|
| 壹、綜合資料表 | ----- |
| 貳、協同訓練院所名冊 | ----- |
| 參、指導師資名冊 | ----- |
| 肆、計畫摘要 | ----- |
| 伍、計畫內容 | ----- |
| 一、計畫背景與緣由 | ----- |
| 二、計畫主旨 | ----- |
| 三、實施方法及步驟 | ----- |
| (一) 各科訓練課程規劃 | ----- |
| (二) 各科指導醫(藥)師、導師規劃 | ----- |
| (三) 師資不足科別因應措施 | ----- |
| (四) 西醫一般醫學訓練規劃 | ----- |
| (五) 協同訓練合作之具體措施 | ----- |
| (六) 受訓醫師考核機制 | ----- |
| (七) 整體計畫執行成效評估 | ----- |

壹、綜合資料表

| | | | |
|---------------|----------------|------|--|
| 計畫名稱 | 中醫醫療機構負責醫師訓練計畫 | | |
| 申請機構 | | | |
| 醫療機構代碼 | | | |
| 機構地址 | | | |
| 評鑑/遴選 合格效期 | | | |
| 計畫主持人 | | 職稱 | |
| 聯絡電話 | | 手機 | |
| E-mail | | 傳真號碼 | |
| 現職單位 | | | |
| 計畫聯絡人 | | 職稱 | |
| 聯絡電話 | | 手機 | |
| E-mail | | 傳真號碼 | |
| 現職單位 | | | |

備註：計畫聯絡人請填寫可聯絡計畫相關訊息之行政人員或醫師乙名之完整資料，俾便聯繫。

貳、協同訓練院所名冊：

| 院所名稱 | 醫療機構代碼 | 提供訓練科別 | 負責人 | 師資名單 |
|------|--------|--------|-----|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

備註：

一、 協同訓練科別：

(一) 西醫學領域：提供急診、西醫一般醫學訓練。

(二) 中醫學領域：提供部分中醫內、婦、兒、針灸、傷科學或中醫一般科訓練。

二、 負責人：係指協同訓練院所執行本計畫之負責人員。

三、 師資名單：提供指導醫師名單。

四、 請提供協同訓練契約書及協同訓練計畫書。

參、指導師資名冊(含協同院所師資):

| 一、具合格效期內之臨床醫學指導教師: | | | | | |
|--------------------|------------|----------------|----|------------|-------------|
| 姓名 | 執業院所 名稱 | 執業院所醫 療機構代碼 | 職稱 | 負責訓練 科別 | 中醫師 證書字號 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

二、具合格效期內之中藥學指導教師：

| 姓名 | 執業院所 名稱 | 執業院所醫療 機構代碼 | 職稱 | 是否為中藥局 之專任藥師 | 藥師證 書字號 |
|----|------------|----------------|----|-----------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

三、西醫臨床醫學之臨床醫學指導教師：

| 姓名 | 執業醫院 名稱 | 執業醫院醫療 機構代碼 | 職稱 | 負責訓練 科別 | 專科醫師 證書字號 |
|----|------------|----------------|----|------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

備註：

一、主要訓練醫院及協同訓練醫院：

- (一) 每位臨床醫學指導教師指導之課程以其臨床醫學指導教師資格證書載明之指導科別為限。若有師資不足之主要訓練醫院，臨床醫學指導教師可列第二教學專長進行指導，跨科教學者請於計畫申請書伍、三、(三)師資不足科別之因應措施，說明將採行因應方式。
- (二) 指導教師與受訓醫師師生比為一比三(併計主要訓練醫院、協同訓練院所與代訓之受訓醫師人數)。

二、主要訓練診所及協同訓練診所：

- (一) 每位臨床醫學指導教師指導之課程以其臨床醫學指導教師資格證書載明之指導科別為限。若有師資不足之主要訓練診所，臨床醫學指導教師可列第二教學專長進行指導，跨科教學者請於計畫申請書伍、三、(三)師資不足科別之因應措施，說明將採行因應方式。
- (二) 指導教師與受訓醫師師生比為一比二(併計主要訓練診所、協同訓練院所與代訓之受訓醫師人數)。

三、導師：

- (一) 導師資格應由具有臨床醫學指導教師資格者擔任。
- (二) 主要訓練醫院導師與受訓醫師比為一比三(併計主要訓練醫院、協同訓練院所與代訓之受訓醫師人數)。
- (三) 主要訓練診所導師與受訓醫師比為一比二(併計主要訓練診所、協同訓練院所與代訓之受訓醫師人數)。

肆、計畫摘要：

請摘述本訓練之目的、實施方法。

伍、計畫內容

- 一、計畫背景及緣由：請敘述本訓練之背景及重要性，如：(1)政策或法令依據，(2)問題狀況或發展需求，(3)國內外相關醫師訓練制度之文獻探討，(4)本訓練對中醫醫療服務品質之相關性等，(5)本計畫對中醫執業環境可能之影響。

二、計畫主旨：請分點具體列述本訓練所要達成目標及所要完成工作項目。

(一)訓練目標

(二)完成工作項目

三、實施方法及步驟：請詳述貴院針對本訓練工作將採行之具體措施及方向。

(一)、各科訓練課程規劃：

(二)、各科臨床指導教師及工作規劃：

(三) 師資不足科別之因應措施：(若無師資不足之機構，則針對貴院擬加強師資之科別或擬設立中醫教學門診之科別說明)

(四) 西醫臨床醫學訓練規劃：

1. 委託訓練合作之科別

2. 合作溝通協調機制

3. 訓練成效評估機制

(五) 協同訓練院所(醫院、診所)合作之具體措施：

1. 合作溝通協調單位與機制

2. 協同訓練院所輔導機制

3. 與協同訓練院所聯絡方式

4. 協同訓練成效評估機制

(六)、受訓醫師考核機制：

(七)、整體計畫執行成效評估：

(包含對受訓人員、教師、課程安排、訓練成效等之評估)