

國民健康署癌症診療品質認證 管理組委員推薦資料表

| 基本資料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|--------|----------------------|------|------|----|------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|----------------------|
| 姓 名 | | 出生日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高學歷 | | 現任職務 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務機關 | | 服務單位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務機關地址 | □□□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | 行動電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傳真號碼 | | E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <h3>認證委員資格</h3> <p><input type="checkbox"/> 教育部立案之國內各大學院校或教育部認可之國外各大學院校醫學科系所畢業，具學士以上資格且領有中央衛生主管機關核發之醫師證書之人員。 證書字號_____</p> <p>具有下列工作經驗之一者：</p> <p><input type="checkbox"/> 擔任區域醫院以上一級主管職務以上實務經驗達_____年。 請詳述：</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">服務機關</th> <th style="width: 25%;">服務單位</th> <th style="width: 25%;">職務</th> <th style="width: 25%;">起訖期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/ / ~ / / 共_____年</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/ / ~ / / 共_____年</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/ / ~ / / 共_____年</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/ / ~ / / 共_____年</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">/ / ~ / / 共_____年</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 | | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | / / ~ / / 共_____年 |
| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | / / ~ / / 共_____年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件 2 推薦表 (管理組)

- 曾擔任 (或現任) 區域醫院以上由院內成立之全院性癌症委員會 (或類似單位) 之負責人職務者。

請詳述：

| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
|------|------|----|---------------------|
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |

- 曾擔任 (或現任) 區域醫院以上由院內成立之癌症中心 (或類似單位) 之負責人職務者。

請詳述：

| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
|------|------|----|---------------------|
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |

- 其他：

本人同意透過學會推薦成為癌症診療品質認證委員之被推薦人，並保證以上資料正確無誤。若經國民健康署遴選成為儲訓委員，願意參與後續認證委員核心課程講習及共識會議。

被推薦人簽章：_____日 期：_____

推薦單位簽章：_____日 期：_____

國民健康署癌症診療品質認證 醫療組委員推薦資料表

| 基本資料 | | | |
|---|------|--------|---------------------|
| 姓 名 | | 出生日期 | |
| 最高學歷 | | 現任職務 | |
| 服務機關 | | 服務單位 | |
| 服務機關地址 | □□□ | | |
| 聯絡電話 | | 行動電話 | |
| 傳真號碼 | | E-mail | |
| 認證委員資格 | | | |
| <input type="checkbox"/> 教育部立案之國內各大學院校或教育部認可之國外各大學院校醫學科系所畢業具學士以上資格且領有中央衛生主管機關核發之醫師證書之人員。 證書字號_____ | | | |
| <input type="checkbox"/> 在區域醫院以上主治醫師資歷中，且從事癌症診療相關領域臨床實務工作經驗_____年。 (請詳述與癌症診療相關領域之臨床實務經驗即可) | | | |
| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |

附件 2 推薦表 (醫療組)

- 曾擔任區域醫院以上癌症診療相關領域科主任以上職務達_____年。
(請詳述與癌症診療相關領域之臨床實務經驗即可)

| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
|------|------|----|----------------------|
| | | | / / ~ / / 共_____年 |
| | | | / / ~ / / 共_____年 |
| | | | / / ~ / / 共_____年 |
| | | | / / ~ / / 共_____年 |
| | | | / / ~ / / 共_____年 |

- 其他：

本人同意透過學會推薦成為癌症診療品質認證委員之被推薦人，並保證以上資料正確無誤。若經國民健康署遴選成為儲訓委員，願意參與後續認證委員核心課程講習及共識會議。

被推薦人簽章：_____日 期：_____

推薦單位簽章：_____日 期：_____

國民健康署癌症診療品質認證 護理組委員推薦資料表

| 基本資料 | | | |
|--|------|--------|---------------------|
| 姓 名 | | 出生日期 | |
| 最高學歷 | | 現任職務 | |
| 服務機關 | | 服務單位 | |
| 服務機關地址 | □□□ | | |
| 聯絡電話 | | 行動電話 | |
| 傳真號碼 | | E-mail | |
| 認證委員資格 | | | |
| <input type="checkbox"/> 教育部立案之國內各大專院校或教育部認可之國外各大專院校護理科系畢業，具學士以上資格且領有中央衛生主管機關核發之護理師證書之人員。 證書字號_____ | | | |
| 具有下列工作經驗之一者： | | | |
| <input type="checkbox"/> 曾擔任區域醫院以上癌症護理相關領域之護理長（含）以上職務，且癌症臨床實務工作經驗合併達____年。 | | | |
| （請詳述與癌症護理相關之臨床實務經驗即可） | | | |
| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |

附件 2 推薦表 (護理組)

曾擔任區域醫院以上護理主任 (含副主任) 或醫學中心護理督導以上職務達 5 年以上, 又前述護理督導須為專責於癌症護理相關領域者。

(請詳述與癌症護理相關之臨床實務經驗即可)

| 服務機關 | 服務單位 | 職務 | 起訖期間 |
|------|------|----|---------------------|
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |
| | | | / / ~ / / 共____年 |

其他：

本人同意透過學會推薦成為癌症診療品質認證委員之被推薦人, 並保證以上資料正確無誤。若經國民健康署遴選成為儲訓委員, 願意參與後續認證委員核心課程講習及共識會議。

被推薦人簽章：_____日 期：_____

推薦單位簽章：_____日 期：_____