

中臺科技大學視光系

徵求眼視光實習（二）實習單位

眼視光實習（二）為眼科疾病見習單位

眼科實習單位須具備資格如下：

1. 眼科診所（需領有醫療機構開業執照），地區醫院以上則免附
2. 至少須具備下列儀器
 01. VA chart or projector
 02. Keratometer
 03. Slit-lamp
 04. Lensometer
 05. Retinoscope
 06. Occluder
 07. Color vision test book
 08. Stereo test book
 09. Auto Refractometer
 10. Tonometer
3. 實習指導人員（其資格條件如下）
 01. 行政院衛生署認可之眼科專科醫師證書。
 02. 須具備有灌輸視光正確觀念之特質、公正無私、熱心服務之胸襟，隨時保持精益求精，溫故知新的求知觀念。
4. 意者請填妥下列申請文件，並請於每年1月底前郵寄至本校視光系。
地址：台中市北屯區廍子路 666 號中臺科技大學視光系
(請註明眼科實習單位申請實習生)
聯絡人：路建華副主任或行政林安婕小姐
電話：04-22391647 分機 6986 (路建華副主任) 或 6981 (林安婕小姐)

檢 附 資 料	眼科診所	地區醫院 (含以上)	
	<input type="checkbox"/> 指導人員眼科專科醫師證書影本 <input type="checkbox"/> 醫療機構開業執照影本 <input type="checkbox"/> 指導人員承諾書 (附件) <input type="checkbox"/> 診所名片 (兩張)	<input type="checkbox"/> 指導人員眼科專科醫師證書影本 <input type="checkbox"/> 指導人員承諾書 (附件)	
公 司 章 及 負 責 人 蓋 章			
公 司 聯 絡 人		申 請 日 期	中 華 民 國 年 月 日

中臺科技大學視光系

地址：台中市北屯區廍子路 666 號

聯絡電話：04-22391647 轉 6986 或 6981

附件一

指導人員承諾書

本人_____服務於_____，

同意配合醫院申請中臺科技大學眼科疾病見習單位，於中華民國

_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止期間，
擔任眼視光實習(二)：眼科疾病見習學生指導者。在與中臺科技大學
簽約期間不隨意離職，並且實際參與實習學生指導工作。

此致 中臺科技大學視光系

承諾人簽章：_____

手 機：_____

Line Id：_____

E-mail：_____

中 華 民 國 年 月 日

附件三

儀器設備

照片圖檔	照片圖檔
------	------

名稱 (型號):	名稱 (型號):
照片圖檔	照片圖檔
名稱 (型號):	名稱 (型號):
照片圖檔	照片圖檔
名稱 (型號):	名稱 (型號):
照片圖檔	照片圖檔
名稱 (型號):	名稱 (型號):