

# 中臺科技大學視光系

## 徵求眼視光實習（一）實習單位

### 眼視光實習（一）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：台中市北屯區廂子路 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）

# 申請眼視光實習（一）：眼科疾病見習意願書

公司名稱			
公司負責人		聯絡電話	
統一編號		傳真電話	
E - m a i l			
公司地址			
基本資料	◎指導人員部份		
	姓名	最高學歷	從業年資
	◎儀器設備部份		
	請勾選現有儀器設備（並檢附照片圖檔於附件三）		
	<input type="checkbox"/> VA chart or projector	<input type="checkbox"/> Occluder	
	<input type="checkbox"/> Keratometer	<input type="checkbox"/> Color vision test book	
	<input type="checkbox"/> Slit-lamp	<input type="checkbox"/> Stereo test book	
	<input type="checkbox"/> Lensometer	<input type="checkbox"/> Retinoscope	
<input type="checkbox"/> Auto Refractometer	<input type="checkbox"/> Tonometer		
請列出現有其他儀器設備(名稱/廠牌/型號)			
◎日間部四技制實習生部分（請勾選）			
每一梯次/二個月（每年9月1日至12月31日，每週實習五天）			
每一梯次可提供 <input type="checkbox"/> 一位 <input type="checkbox"/> 二位 <input type="checkbox"/> 三位 <input type="checkbox"/> 四位 <input type="checkbox"/> _____ 位學生實習			
每月是否提供獎助金? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，金額：_____元 <input type="checkbox"/> 視學生實習情況提供			
每月是否提供勞保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
◎進修部二技制實習生部分（請勾選）			
每一梯次/二個月（每年9月1日至12月31日，每週實習五天）			
每一梯次可提供 <input type="checkbox"/> 一位 <input type="checkbox"/> 二位 <input type="checkbox"/> 三位 <input type="checkbox"/> 四位 <input type="checkbox"/> _____ 位學生實習			
每月是否提供獎助金? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，金額：_____元 <input type="checkbox"/> 視學生實習情況提供			
每月是否提供勞保? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
備註：1 和 2 皆需勾選，如有特殊狀況無法兩樣選填請以下說明原因。			
說明：			
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

## 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（一）：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

# 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):