

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：台中市北屯區廬子路 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：江芸薇副主任或楊立健老師

電話：04-22391647 分機 6986（江芸薇副主任）或 6983（楊立健老師）

申請眼視光實習（二）：眼科疾病見習意願書

醫院或診所 名 稱			
醫院或診所 負 責 人		聯 絡 電 話	
統 一 編 號		傳 真 電 話	
E - m a i l			
醫院或診所 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）		
	☐ VA chart or projector ☐ Occluder ☐ Keratometer ☐ Color vision test book ☐ Slit-lamp ☐ Stereo test book ☐ Lensometer ☐ Retinoscope ☐ Auto Refractometer ☐ 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 ☐ 一位 ☐ 二位 學生實習 每月是否提供獎助金? ☐ 否 ☐ 是，金額：_____元 ☐ 視學生實習情況提供 每月是否提供勞保? ☐ 否 ☐ 是		
檢 附 資 料	◎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 ☐ 一位 ☐ 二位 學生實習 每月是否提供獎助金? ☐ 否 ☐ 是，金額：_____元 ☐ 視學生實習情況提供 每月是否提供勞保? ☐ 否 ☐ 是		
檢 附 資 料	眼科診所	地區醫院（含以上）	
	☐ 指導人員眼科專科醫師證書影本 ☐ 醫療機構開業執照影本 ☐ 指導人員承諾書（附件） ☐ 診所名片（兩張） ☐ 醫師執業執照影本（含姓名及執照字號）	☐ 指導人員眼科專科醫師證書影本 ☐ 指導人員承諾書（附件） ☐ 醫師執業執照影本（含姓名及執照字號）	
醫院或診所 負 責 人 蓋 章			
醫院或診所 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_____，
同意配合醫院或診所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

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）：