**光田綜合醫院 實(見)習生校方檢附資料 說明表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **學校：中臺科技大學** | | **學制：**  **流程**：學校填表完整，檢附相關附件🡪光田綜合醫院教學部確認資料備齊後存檔。  □五專 □二技 □四技 □大學部 □研究所-------------------------------------  □日間部 □夜間部 □進修部 | |
| **科系：視光系** | |
| **校方(填表)聯絡窗口：(姓名：**黃怡仁/小姐 **電話：**04-22391647**分機：**8401  **e-mail：**f0103@ctust.edu.tw) | | | |
| **◆實(見)習單位：**  **(1)醫技部門**□藥劑部 □放射線部 □檢驗科 □護理部□營養室 □呼吸治療組  復健科(□職能 □物治) □社工室 □其他：  **(2)行政部門**□由院方安排各行政部門實習(護理之家)  ◆**主要實(見)習院區為** □沙鹿院區 □大甲院區 | | | |
| **實習期間：** 年 月 日至 年 月 日(共320小時) | | | |
| 校方檢附資料(實習日**一個月前**完成提供) | | | |
| 項目  (需書面資料提供) | 補充說明 | | 資料已檢附  (校方v) |
| 1實習合約書  (書面) | ★參照**(附件一)，**PS請印成一張正反兩面。  若校方有自訂格式，其內容須包含以下相關說明；  (1)實習生保險（傷害險最低保額100萬）。  (2)師生比需符合教學評鑑標準。  (3)校方需支付實習費用。  (4)乙方學生應於實習前一個月前將體檢報告送至甲方實習單位，檢驗項目應至少含六個月內胸部x光報告；甲方實習單位依實務作業需要另有要求其他檢驗項目者，請依實習單位要求辦理。  (5)為維持良好實習品質，甲乙雙方應隨時保持聯繫，乙方應配合參與甲方邀請之實習生檢討會議，或可主動至甲方實習機構瞭解學生實習情況。 | |  |
| 2.實習生體檢證明  (書面) | 檢附六個月內的檢查報告  ■一般體檢、B 肝抗原抗體、胸部X光、麻疹及德國麻疹  ※若有異常，請務必完成複檢並檢附報告給院方。 | |  |
| 3.實習清單 | ★參照**（附件二）。**請以電子檔方式提供，以便本院建檔用。 | |  |
| 4.大頭照電子檔 | 請提供電子檔，[寄至training@ktgh.com.tw.](mailto:寄至linjhome@hotmail.com)信箱。 | |  |
| 5.住宿申請單 | ★參照**(附件三)。**為確保能有房位，請於一個月前一併檢附申請。 | |  |
| 6.實習學生資料 | 請參閱之說明附件檢附 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **實習費用：**每名實習生2000元(每月1000元)，匯款訊息如下： | | | |
| **戶 名：**光田醫療社團法人光田綜合醫院 | | **存款銀行：** | 合作金庫銀行（沙鹿分行） |
| **銀 行 代 碼：** | 006 | **帳 號：** | 0210717393966 |
| **統 一 編 號：** | 45591655 | | |
| **繳 款 日 期：** | 請最晚於學生實習後，一個月內完成繳款。 | | |

備註：

1.若有任何問題請聯絡 **光田綜合醫院教學部-賴婷君小姐(04-26625111分機3502)**

2.為加快行政作業，[惠請校方將相關資料以電子檔寄至**承辦人員電子信箱**](mailto:惠請校方將相關資料以電子檔至光田教學部承辦人員信箱：linjhome@hotmail.com)**(**training@ktgh.com.tw.**)**，電子子檔檔案本院收到後**三日內會回覆信件**，如無收到回覆信件，請來電確認，謝謝。

光田綜合醫院教學部102/02製

**光田綜合醫院 學校實習生名冊(附件二)**

學校：

科系： 學制：

年級：

實習起迄日：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 英文姓名 (無則免填) | 出生日期 | 身分證字號 | 家裡電話 | 外宿電話 | 行動電話 | 戶籍地址 | 通訊地址 | 聯絡人 | 關係 | 聯絡人  電話 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |