

台灣中醫醫學教育學會 函

立案證書字號：內政部台內團字第
1030104113 號函核准立案

地 址：台中市北區學士路 91 號

電 話：04-22053366 轉 3105

傳 真：04-22073605

電子信箱：association.cme@gmail.com

承辦人：張加昇

受文者：桃園市中醫師公會

發文日期：民國 105 年 8 月 24 日

發文字號：台中醫教榮字第 2016008005 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

文	收	書	秘	長	事	理
8/25				陳		
0167						

主旨：檢送本會承辦衛生福利部委託 105 年度「培訓中醫臨床師資培訓計畫」中醫醫療機構負責醫師訓練師資認證與展延申請表、個人資料使用授權同意書(指導醫師)，並依說明段辦理見復。

說明：

- 一、104 年度已取得指導醫師資格，105 年度已完成中醫臨床教學實務訓練課程（10 小時），符合指導醫師培訓合格欲申請師資展延者，敬請填寫申請表並連同相關附件以郵寄或 E-mail 之方式送件，並於 **105 年 9 月 30 日**前送件。申請相關表單亦可至本會網頁 taecm.com.tw「師資培訓」下載。
- 二、105 年度新申請指導醫師資格並完成中醫師六大核心能力及教學技能課程（7 小時）以及中醫臨床教學實務訓練課程（10 小時），符合指導醫師培訓合格者欲申請師資認證者，敬請填寫申請表並連同相關附件以郵寄或 E-mail 之方式，並於 **105 年 10 月 31 日**前送件。
- 三、105 年度經由推薦通過取得指導醫師培訓資格者，需執業滿五年以上，並完成「中醫師六大核心能力及教學技能課程」7 小時，以及「中醫臨床教學實務訓練課程」10 小時，符合指導醫師培訓合格欲申請師資認證者，敬請填寫申請表，連同相關附件以郵寄或 E-mail 之方式，並於 **105 年 10 月 31 日**前向本會送件。

- 四、申請附件之「線上課程紀錄」，請至本會網頁「學員登錄」登錄後查詢課程紀錄即可列印。學員帳號登錄方式可參考「學會公告」之說明。
- 五、完成參加指導醫師課程及指導藥師課程培訓之學員，尚未取得學員帳號者，敬請至本會網頁「師資培訓」下載「中醫醫療機構負責醫師訓練師資申請表」，並將申請表連同相關附件以郵寄或 E-mail 之方式，於 **105 年 9 月 30 日** 前送件，以便協助建立學員帳號，以利申請指導師資認證。
- 六、為充實師資陣容，提升訓練能量，今年度將再開放第二次指導師資資格推薦申請，申請日期自即日起至 9/30 截止，預計於十月中旬進行審查，並公告通過之名單。敬請有意願擔任指導師資之醫師，把握時間向推薦單位提出申請，以便推薦單位向學會申請推薦。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會、台北市中醫師公會、基隆市中醫師公會、新北市中醫師公會、宜蘭縣中醫師公會、新竹市中醫師公會、新竹縣中醫師公會、桃園市中醫師公會、苗栗縣中醫師公會、台中市中醫師公會、台中市大台中中醫師公會、彰化縣中醫師公會、南投縣中醫師公會、嘉義市中醫師公會、嘉義縣中醫師公會、雲林縣中醫師公會、台南市中醫師公會、大台南中醫師公會、高雄市中醫師公會、大高雄中醫師公會、屏東縣中醫師公會、台東縣中醫師公會、花蓮縣中醫師公會。

副本：衛生福利部中醫藥司

理事長

黃榮村

中醫醫療機構負責醫師訓練師資認證與展延申請表

申請日期： 年 月 日

一、基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	申請項目	<input type="checkbox"/> 初次認證 <input type="checkbox"/> 展延
身份證字號		專業證書字號		<input type="checkbox"/> 台中字第 <input type="checkbox"/> 藥字第	號 號
現職	服務機構		職稱	<input type="checkbox"/> 中醫師	
	執登日期			<input type="checkbox"/> 藥師	
E-mail				聯絡電話	
聯絡地址					

二、課程紀錄

課程項目	勾選認證項目 (需與課程紀錄相符)	備註
中醫師六大核心能力及教學技能課程 (7 小時)		
中醫臨床教學實務訓練課程 (10 小時)		
中醫藥臨床專業及教學技能課程 (7 小時)		
中藥臨床教學實務訓練課程 (10 小時)		
師資認證證書 登記專長	<input type="checkbox"/> 中醫內科 <input type="checkbox"/> 中醫婦科 <input type="checkbox"/> 中醫兒科 <input type="checkbox"/> 針灸科 <input type="checkbox"/> 傷科 <input type="checkbox"/> 中藥	

三、檢附之相關文件

請檢附右列 資格證明文件	<p>請檢具相關證明文件，台灣中醫醫學教育學會將依所提供資料進行審查。</p> <input type="checkbox"/> 1.線上課程紀錄影本。 <input type="checkbox"/> 2.個人資料使用授權同意書。(可不附，將不會呈現申請人姓名在通過名單)
-----------------	--

個人資料使用授權同意書（指導醫師）

衛生福利部為辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」，建置全國師資資料庫，請您提供相關的個人資料。您所提供的個人資料僅作為健全中醫師臨床訓練制度之用。同時本部將依「個人資料保護法」之規定，以誠實及信用方法為之，不得逾越特定目的之必要範圍，並應與蒐集之目的具有正當合理之關聯，同時善盡維護與保密之責。

立同意書人（本人）茲聲明並授權如下：

本人同意將「服務醫院名稱」、「科系別」、「姓名」、「執業年資」提供予衛生福利部辦理「促進中醫多元發展-培訓中醫臨床師資計畫」之用。

立同意書人：

（簽章）

中 華 民 國 1 0 5 年 月 日