

臺中榮民總醫院高齡醫學中心

114 年照顧服務員實作實習班(自費班)報名表

班別名稱	____年 114年照顧服務員實作實習班(自費班)					相片浮貼處 (背面請書寫姓名)						
開訓日期	年	月	日	結訓日期	年		月	日				
中文姓名				身分證字號								
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生年月日		年	月	日					
最高學歷	<input type="checkbox"/> 國中(含以下)		<input type="checkbox"/> 高中職		<input type="checkbox"/> 專科		<input type="checkbox"/> 大學		<input type="checkbox"/> 研究所(含以上)			
學校名稱						科系						
畢業狀況	<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業		兵役狀況		<input type="checkbox"/> 役畢		<input type="checkbox"/> 免役		<input type="checkbox"/> 未役		<input type="checkbox"/> 在役	
通訊地址	□□□											
戶籍地址	□□□											
證書寄送地址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址 □□□											
聯絡電話	()				行動電話	—						
電子郵件												
緊急通知人姓名			緊急通知人關係				緊急通知人電話	()				
緊急通知人地址	□□□											
訓練前工作經歷	服 務 單 位			職 稱		任 職 起 迄 年 月						
						年 月 ~ 年 月						
身分證影本粘貼處 (正面)						身分證影本粘貼處 (背面)						

報名資料檢驗程序單：(以下請學員勿勾選或註記文字)

<input type="checkbox"/> 報名表	<input type="checkbox"/> 訓練費用
<input type="checkbox"/> 體檢表	<input type="checkbox"/> 相關同意書
<input type="checkbox"/> 身分證影本	<input type="checkbox"/> 已開立/日期： 收據號碼：
<input type="checkbox"/> 衛生福利部長期間照顧專業人員數位學習平台課程學習完成證書	<input type="checkbox"/> 學員編號： <input type="checkbox"/> 完訓證明開立
備註	

收件時間：114 年 月 日

收件人：

報名參訓資格審查切結書

本人_____報名參加 臺中榮民總醫院高齡醫學中心 辦理 照顧服務員實作實習班(自費班)訓練，已詳閱招生簡章規定，並已確認符合下方報名身分及報名資格，且確實勾選無誤，如有不實，本人願意放棄參加筆試、實習課程、錄取資格，並負一切法律責任。

報名資格：

- 一、參訓者需繳交訓練結束日往前推算一年內之體檢表一份，須在地區醫院以上等級醫療機構進行體檢，體檢項目除一般勞工體檢項目外，須包括胸部 X 光-肺結核、皮膚疥瘡、5 年內麻疹、德國麻疹抗體陽性報告紀錄或 15 年內完成二劑 MMR 疫苗接種紀錄、B 型肝炎表面抗原及表面抗體報告，B 型肝炎表面抗原及表面抗體陰性者需檢附疫苗接種紀錄。實習期間若需注射 B 型肝炎免疫球蛋白，應自費施打。(如抗體為陰性者至少需先完成一劑疫苗接種)(有特殊原因無法接種疫苗者，需檢附醫師診斷書佐證)
- 二、已於線上完成課程衛生福利部長期照顧專業人員數位學習平台完成線上核心課程(<https://lhc-learning.org/mooc/index.php#2> 課程內容以該數位學習平台所列照顧服務員課程辦理)，並提供報名截止日前六個月內之線上課程學習證明。
- 三、COVID-19 疫情變化快速，依主管機關政策隨時做滾動式修正，如因疫情需要延期、停辦、提供相關證明文件等，必須配合辦理。

此致

臺中榮民總醫院

立切結書人：

(簽章)

身分證統一編號：

法定代理人：

(簽章)(未滿十八歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

中華民國 114 年 月 日

臺中榮總高齡醫學中心

114 年照顧服務員實作實習班(自費班)契約書

立契約書人：

訓練單位：臺中榮民總醫院高齡醫學中心（全銜）（以下簡稱甲方）

受訓學員：（以下簡稱乙方）

訓練班別：114 年度第 梯 照顧服務員實作實習班(自費班)

乙方法定代理人：

【乙方如為未滿十八歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意】
前開當事人基於確保訓練品質、訓練資源有效利用、保障受訓權益及維持訓練秩序等之需要，經乙方報名參加甲方開辦之職業訓練，甲、乙雙方同意在訓練期間約定如下：

第一條 乙方於受訓期間應遵守甲方規定，完成訓練課程。

甲方於訓練期間應對乙方之學科、術科訓練課程之學習結果及操行辦理評量。

第二條 乙方有下列情形之一者，應辦理離訓：

一、重大傷病、中央衛生主管機關指定之傳染病或其他意外傷害，經公立醫院或區域級以上私立醫療機構診斷證明，需長期治療者。

二、家庭發生不可抗力之災變等重大事故，而無法繼續受訓者。

第三條 乙方有下列情形之一，願無異議同意甲方得視情節，為退訓之處理：

一、於受訓期間，核心課程請假及曠課時數累積達百分之二十以上、或未能完成所有實作課程、臨床實習課程及綜合討論與課程評量者、或參訓期間行為不檢情節重大。

二、以偽造文書、不實資料參加訓練。

三、因上述情節退訓者不予以辦理退費手續。

第四條 乙方對於訓練相關設施、設備，應盡善良使用及管理之義務，如可歸責於乙方之事由而發生損害情事時，乙方應負損害賠償責任。

第五條 乙方經甲方依據第一條評量其訓練課程成績及操行皆合格者，甲方應發給結業證明書。

第八條 有關學員差勤管理、申訴管道、離、退訓作業及參訓學員聲明書等相關訓練規定，由甲方訂定規定辦理，並視為本契約之一部分，與本契約具同等之效力。訓練辦法與本契約牴觸者，其牴觸部分以本契約為主。

第九條 乙方已繳納訓練費用，但因個人因素辦理退訓者，甲方應依下列規定辦理退費：

一、於實際開訓前 7 日(含)辦理退訓者，應全額退還已繳費用。

二、於實際開訓前 6 日至開訓當日申請退訓者，應全額已繳費用之 90%。

三、實際開訓日後未逾課程五分之一者應全額已繳費用之 70%。

四、實際開訓日後已逾課程五分之一但未逾課程三分之一者，應全額已繳費用之 50%。

五、實際開訓日後已逾課程三分之一者，則不予退費。

六、參訓學員如需退費務必保留完整之報名費收據，以利本院退費手續作業，並依規定，相關匯款收續費用由參訓學員自行吸收。

第十條 乙方應注意遵守事項：

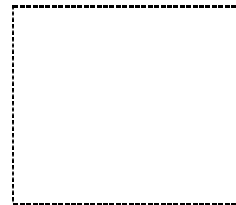
- 一、照顧服務員均應配合本院及合作單位感染管制措施。
- 二、照顧服務員於工作前應穿著規定之服裝、服務期間保持服裝儀容整潔及佩帶識別證，不得穿拖鞋。
- 三、照顧服務員應持識別證，向護理站身分確認無誤後方可進入病房，執行病人服務工作。
- 四、服務期間不可食用病人任何食品，私人物品亦不得攜至病房，可寄放於病房置物櫃中。
- 五、應遵守本院一切規定，確實執行上下班簽到，不得遲到早退。
- 六、應接受醫護人員指導照顧病人。
- 七、不得在病房喧嘩、酗酒、嚼食檳榔及違反本院相關規定。
- 八、不得推銷、媒介藥品或醫療器材，及暗示要求病人送禮或紅包等不當牟利行為。
- 九、不得向病人及家屬說明解釋病情。
- 十、病人或其他工作人員之財務，不得代管、借貸、竊取或盜用，違犯者依法送辦。
- 十一、照顧服務員未經病人或護理站同意，不得為病人代購物品。若經同意代購物品，需檢附發票及收據。
- 十二、照顧服務員不得私自代保管病人財物或代辦提、存財物。
- 十三、照顧服務員不得要求或接受病人饋贈財物或索取額外之服務費用。
- 十四、照顧服務員不得在院內從事販售或推銷任何商業產品，如介紹藥品、健康食品（營養品）、保險、葬儀等。
- 十五、照顧服務員對病人基本資料及病情狀況應負保密之責，不得外洩或提供外界運用。
- 十六、照顧服務員應遵守本院各項安全及消防規定，不得有影響安全之行為發生，並有協助防範病人財物遭竊之義務。

以上契約條文經甲、乙方詳細閱讀後簽立，本契約書 1 式 2 份，雙方各執 1 份為憑，以茲遵守。

甲方：臺中榮民總醫院

代表人：傅雲慶 院長

地址：臺中市西屯區臺灣大道四段 1650 號



乙方：

(簽章)

(訓練單位用印及負責人章)

身分證號碼：

出生年月日：

戶籍所在地：

乙方法定代理人：

(簽章)(未滿十八歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護人)同意)

身分證號碼：

戶籍所在地：

中華民國 114 年 月 日

個人相關資料同意書

本人_____報名參加臺中榮民總醫院高齡醫學中心
辦理照顧服務員實作實習班(自費班)訓練課程，並已瞭解下
列內容，同意由開訓練單位留存、查詢本人於報名表提供之個
人相關資料至蒐集目的消失為止：

- 一、適用對象：本國之國民、持有效居留證之外籍配偶及獲准
依親居留、長期居留或定居之大陸地區配偶等
報名參加本訓練課程者。
- 二、內 容：報名參加本訓練課程者，需同意開訓單位留
存、查詢個人資料，方可進行此訓練課程之申
請；若不同意查詢個人相關資料，將無法進行
資格審核處理作業。
- 三、保密：本案之個人資料，將依個人資料保護法規定辦理。

此致

臺中榮民總醫院

立同意書人： (簽章)

身分證/統一編號：

法定代理人： (簽章)(未滿十八歲之未成年者須經法定代理人(父母或監護
人)同意)

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 114 年 月 日

臺中榮總高齡醫學中心

114 年照顧服務員訓練實作實習班(自費班)

體檢項目查核表

請至醫療院所進行『一般勞工健康檢查』

項目編號	體檢項目名稱
1	胸部 X 光攝影檢查
2	B 型肝炎表面抗原檢查
3	B 型肝炎表面抗體檢查
4	麻疹抗體檢查
5	德國麻疹抗體檢查
6	皮膚疥瘡檢查
7	糞便細菌培養
8	濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查 (含痢疾阿米巴原蟲)

備註：

1. 如健康檢查內容已包含以上項目即可不用加驗。
2. 不限年限 B 型肝炎抗原、B 型肝炎抗體報告，抗原及抗體報告皆為陰性者，需檢附 B 型肝炎抗體接種紀錄；本身若為 B 型肝炎帶原者，需注意避開危險環境，例如針扎及血體液暴觸。
3. 5 年內麻疹、德國麻疹抗體陽性報告紀錄或二劑 MMR 疫苗接種紀錄最後一劑距今 < 15 年。
4. 抗體陰性者至少需先完成一劑疫苗接種，再依時程完成各類疫苗接種，有特殊原因無法接種疫苗者，需檢附醫師診斷書佐證。

1. 依行政院衛生署 99.11.22 衛署照字第 0990082334 號函規定辦理。
2. 依臺中榮總感染管制中心 109.04.06 中榮感管字第 1093500064 號函規定辦理。
3. 檢附經「勞工體格及健康檢查認可醫療機構」檢驗之體檢報告 (開課日期前 1 年內有效報告)，確認學員無急性傳染病之虞。
4. 本訓練體檢費用需自費檢驗，體檢請另攜帶健保卡及 2 吋相片 2 張逕自前往上開機構辦理體檢。