**注意事項： 以下資料請於實習前3周發文提供附件**

113年12月6日修訂

1.「實習合約書」、「院外人員進修須知」、「院外人員人事資料表暨保密切結書」，待實習名單確認後，請至本院人才召募網頁下載。http://www.stm.org.tw/intranet/jobs/jobs.htm

2.依「教學醫院評鑑基準及評量項目」規定，請 貴校檢附實習期間學生意外傷害險最低100萬之證明影本。

3.依「醫院感染管制查核基準」規定，請 貴校檢附實習學生如下規範之體檢報告：

(1)實習前半年內之胸部X光。

(2)實習前一年內之B肝(需檢驗抗原及抗體)、C肝、水痘、麻疹、德國麻疹、腮腺炎及梅毒抗體報告。

(3)營養室人員須同時檢附一年內之A肝(需檢驗抗體IgM、IgG)及傷寒檢驗報告。

(4)如有HIV檢驗。報告請一併提供(本項檢驗不強制提供)。

4.實習費用請發文並標示實習生姓名，每人每月壹仟元，二週內依每月費用二分之一計，超過二週以一個月計算。

＊**藥劑科、檢驗科每人每期8,000元;營養室每人每期4,000元。**

|  |  |
| --- | --- |
| **收款帳戶** | **戶 名：天主教中華聖母修女會醫療財團法人**  **銀行名稱：兆豐國際商業銀行嘉義分行**  **帳 號：022-10-35888-1** |

5.請實習報到時攜帶1吋照片，以利製作識別證。

6.依醫療機構因應COVID-19感染管制措施指引，請實習生於**實習前3日完成「疑似呼吸道傳染症狀及接觸史紀錄單」調查(如下表)內容回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽「疑似呼吸道傳染症狀及接觸史紀錄單」。**

**天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院**

實習生疑似呼吸道傳染症狀及接觸史紀錄單 修訂日期:113年12月6日

|  |  |
| --- | --- |
| 問題 | 評估項目 |
| 是否有右列症狀 | □無  □有 □發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □流鼻水 □鼻塞 □不明原因腹瀉 □味覺或嗅覺異常 □呼吸困難  症狀出現日期: \_\_\_\_\_\_年/\_\_\_\_\_\_月/\_\_\_\_\_\_日  **◎如出現上述症狀確診為陽性，請與實習單位主管連繫，以利後續實習期間調整。** |
| 接觸史 | □無  □有 同住或曾密切接觸之親友或同學曾於7天內確診過呼吸道傳染肺炎(確診日期: \_\_\_\_\_\_年/\_\_\_\_\_\_月/\_\_\_\_\_\_日) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **實習起訖日期** | **實習單位/科別** | **連絡電話** | **聯絡地址** | **身分證字號** | **實習生簽名(正楷)/日期(年/月/日)** |
|  |  |  |  |  |  |

★實習生請於實習前3天完成「疑似呼吸道傳染症狀及接觸史紀錄單」調查內容並回覆實習單位，並於報到當日請學生親簽「疑似呼吸道傳染症狀及接觸史紀錄單」，正本交由實習管理單位留存，受理實習單位留副本備查【實習管理單位如下:教研部(PGY)、人力科(放射、復健、檢驗、藥劑、營養、社服、眼科、糖尿病中心)、基金會(基金會實習生)、芳安護理行政部(芳安院區實習生);護理部(護理實習生)另創表單不使用本表單】。

**★相關防疫政策會依據衛生福利部疾管署規定做滾動式調整。**