**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

1. **基本資料**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 | □男 □女 | 申請項目 | ■初次認證 ☒展延 |
| 身份證字號 |  | 專業證書字號 | □ 台中字第 號□ 藥字第 號 |
| 現職服務機構（需符合執照執業地點） |  | 職稱 | □ 中醫師□ 藥 師 |
| 初次執登日期 |  |
| 現職執登日期 |  |
| E-mail |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡地址（證書寄送） |  |

1. **課程紀錄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課程項目 | 勾選認證項目 | 備註（參與課程日期） |
| 臨床醫學指導教師 | 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（8小時） |  |  |
| 中藥學指導教師 | 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（8小時） |  |  |
| 師資認證證書註記第一教學專長 | □中醫內科學 □中醫婦科學 □中醫兒科學 □針灸科學 □傷科學 □中藥學(以上僅擇一) |
| 臨床醫學指導教師師資認證證書註記第二教學專長 | □中醫內科學 □中醫婦科學 □中醫兒科學 □針灸科學 □傷科學(以上僅擇一) (中醫師若取得中藥學指導教師不可再註記第二教學專長) |

**三、檢附之相關文件**

|  |  |
| --- | --- |
| 請檢附右列資格證明文件 | 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。□ 1.請在備註參與課程日期。□ 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) |