

# 社團法人台灣長期照護專業協會

## 「居家護理實務實習」學員申請表

申請實務實習者，請備妥各證明之影印本：1.Level I 課程結業證明、2.護士/護理師證書、3.最高學歷畢業證書、4.執業執照或在職證明(正本)；請傳真或郵寄回本會，並請電話確認；Tel：02-25565880，本會住址：103 台北市大同區承德路二段 46 號 3 樓之 3，Fax：02-25564506。

收件日期： 年 月 日 承辦者簽章：

姓名		會員號		現任單位名稱/職稱	
E-mail				傳真電話	0 -
(家)電話	0 -	(單位)電話	0 -	手機號	09 -
請 勾 選	<input type="checkbox"/> 通訊住址	□□□			
	<input type="checkbox"/> 單位住址	□□□			
現任單位屬性： <input type="checkbox"/> 護理之家 <input type="checkbox"/> 長期照顧機構 <input type="checkbox"/> 居家護理所 <input type="checkbox"/> 其他機構/單位_____；共_____年_____月，服務經歷簡述(請依序填寫)：					
服務單位：_____ 職稱：_____ 年資：_____年_____月					
服務單位：_____ 職稱：_____ 年資：_____年_____月					
服務單位：_____ 職稱：_____ 年資：_____年_____月					
服務單位：_____ 職稱：_____ 年資：_____年_____月					
服務單位：_____ 職稱：_____ 年資：_____年_____月					
非長照機構服務者：預計何時開始_____年_____月任職；方式： <input type="checkbox"/> 受雇 <input type="checkbox"/> 自行開業					
希望實習機構：(請依據各年度公告之實習機構，進行填寫以做為本會分發時之參考)					
第一選擇實習機構名稱：_____					
第二選擇實習機構名稱：_____					
第三選擇實習機構名稱：_____					
欲實習之時間：(因時間較長，恐影響單位業務，現職人員務必請單位主管簽章，方可分發；自假者則免主管簽章)					
<input type="checkbox"/> 第一梯次(居家組)：___年2月至5月止；					
<input type="checkbox"/> 第二梯次(居家組)：___年6月至9月止；					
<input type="checkbox"/> 第三梯次(居家組)：___年10月至隔年1月止。					
機構主管簽章：_____					

### 同 意 書

本會於實習前將公告實習名單，因應個資法之規範，敬請自行勾選個人可公佈之項目，並同意不追究相關法律之責任，以此為憑！於網站公告項目如右：姓名服務單位名稱單位職稱；  
公文則如上述項目另增如右：連絡方式(電話/手機)連絡地址；以上皆可公告或其他可公告項目：\_\_\_\_\_

申請者簽章：\_\_\_\_\_ / 年 月 日