

三軍總醫院受理國外大學院校醫事科系學生來台見習作業規定

100年3月14日院三教學字第1000003594號 訂頒
105年8月22日院三教學字第1050011552號 第一次修正
107年2月22日院三教學字第1070002385號 第二次修正
107年10月18日院三教學字第1070013252號 第三次修正
108年1月7日院三教學字第1080000290號 第四次修正
108年7月5日院三教學字第1080008264號 第五次修正

壹、依據：

一、衛生福利部99年12月2日衛署醫字第0990213680號公告「醫院受理國外大學院校醫事科系學生來台見習原則」。

二、本院「代教各醫事院校見、實習學生實習作業規定」。

貳、申請對象：國外大學院校醫事科系在學學生，且修業年數已達國內各該科系得於醫療機構見習者為限。

參、見習期間：不得逾兩個月。

肆、見習類科場所：各醫事科系學生，僅得至各該醫事科別見習。

伍、申請時間：應於見習開始前兩個月來函申請，未經本院核准見習，不受理報到等相關事宜。

陸、申請資料：

一、見習申請表（如附表1）。

二、見習計畫。

三、個人簡歷表。

四、學校推薦函正本（須有推薦人親筆簽名）。

五、在校歷年成績證明正本。

六、護照影本。

七、學生證影本。

八、兩吋正面半身照片3張（得於報到時攜帶）。

九、近一年內學生個人健康檢查報告：

（一）見習時間為3個月下應檢查項目有B型肝炎表面抗原(HbsAg)、B型肝炎表面抗體(Anti-HBs)、B型肝炎核心抗體(Anti-HBc)及C型肝炎抗體(Anti-HCV)；見習時間為3個月上應檢查項目有B型肝炎表面抗原(HbsAg)、B型肝炎表面抗體(Anti-HBs)、B型肝炎核心抗體(Anti-HBc)及C型肝炎抗體(Anti-HCV)、胸部X光(Chest X-ray)、水痘抗體(VZV IgG)、麻疹病毒抗體(Measlea Ab IgG)、德國麻疹免疫球蛋白(Anti Rubella IgG)；營養系學生另須完成六個月內A型肝炎抗體(Anti-HAV IgM、Anti-HAV IgG)、一般身體檢查、傷寒、梅毒血清篩檢及傳染性皮膚病檢驗等檢查。

（二）請將健康檢查結果如實填註於查核表內（如附表2），以利審查。

十、購買個人健康保險及醫療事故／責任保險約定書（如附表3）。

十一、申請資料得先以傳真或電子郵件方式遞送，正本後補。

柒、見習費用：

一、國防醫學院交換學生：免收見習費。

二、醫學相關科系（醫學系、牙醫學系、中醫學系）及其他醫事科系見習學生：收費新臺幣2,500元/週/人，見習未達乙週以新臺幣500元/日/人收費。

三、見習費用應於報到時繳交完畢。

捌、一般規定：

一、報到及離院：經同意來院見習之學生，應於指定時間內至各見習單位或教學室辦理報到手續，於見習結束前乙日或當日至教學室辦理離院手續後，始可離院。

二、住宿：應於申請見習時提出，並註明學生性別，本院將依宿舍容量提供需求。

三、請假規定：

（一）病假：因疾病必須治療或休養住院者，可事後向見習單位補請假，並附上就診證明或診斷證明之影本，見習單位將視情況決定是否補見習。

（二）事假：因不可抗拒原因，並能提出有力證明者，另案處理。

（三）見習學生請假核定權責如下：

1. 請假2小時（含）以下，由各科住院總醫師核准，無住院總醫師單位由教育訓練官核准。

2. 請假72小時以下，由科部主任核准。

3. 請假超過三天至五天以下，由教學副院長核准。

4. 請假超過五天，由院長核准。

四、終止見習：見習學生若犯有重大過失（如態度惡劣，經警告不聽者或無故曠課累計達三日者或違反性別平等並經確認或其他重大過失者），須由見習單位檢具舉證資料、相關之檢討紀錄供教學室查核後，辦理終止見習。

五、見習證明核發：見習期滿得發給公文時數證明，時數之計算為見習總時數扣除請假時數。

六、見習學生醫療照顧辦法：

（一）具有健保身份之見習學生在本院見習期間，如因傷病須接受門、急診或住院治療者，可享有掛號費及部分負擔減免優待。

（二）見習學生在本院見習期間，如因工作或因人力所不能抗拒造成之傷害，所屬見習單位應簽案報請長官處理，並副知教學室管制。

（三）見習學生於本院發生職業災害時，依本院「非員工意外事故處理流程」辦理。

（四）見習學生未具健保身份者，本院不予優待。

玖、其他：

一、各臨床科部受理國外醫事科系學生來院見習前，應先行評估教學容量，在不

影響國內醫學生見、實習訓練品質之前提下，得同意申請人見習。

- 二、每六個月將受理之國外見習生人數、國家、學校、科系等統計資料報衛生福利部備查，以供評估教學資源使用狀況。
- 三、學生個人健康檢查結果請自行留存乙份，以利感染性意外事故發生時，上述檢查項目查詢之便利性。
- 四、本規定如有未盡事宜，得另令修訂之。

National Defense Medical Center

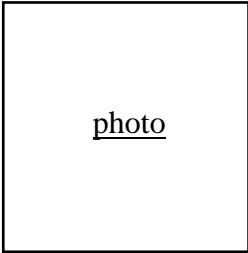
School of Medicine and Tri-Service General Hospital

附表 1

National Defense Medical Center (NDMC) Externship Application Form

Programme request:

- Basic Research
- Clinical Clerkship—Tri-Service General Hospital (TSGH)



I. Personal Profile

Please fill out the following information:

First Name	Middle Name	Last Name
University Name		

Email	
Mailing Address	
Line 1	
Line 2	
Phone Number	

Permanent Address	
Line 1	
Line 2	
Phone Number	

Current Medical School	
Educational System Length of Schooling	
Expected Degree Date	

Honors/Awards

Please list honors/awards you have received, beginning with those received during high school.

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

National Defense Medical Center

School of Medicine and Tri-Service General Hospital

II. Elective Choices

Please list your desired period(s) and department(s) below. For the 'Study Areas in Medicine' at NDMC and TSGH, visit the URL below:

Basic Research-

http://www.ndmctsgh.edu.tw/editor_model/u_editor_v1.asp?id={5B678B84-CE65-4EA9-AA4E-56F8238B93DB}

Clinical Clerkship- <http://www.tsgh.ndmctsgh.edu.tw/en/Introduction.asp>

If you have several choices, please specify rotation period for EACH desired department/section.

Request(s):

	Rotation Period (mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy)	Department/Laboratory	Director/PI's name	Contacted
1				<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>

III. Personal Statement

Please briefly explain why you are applying to TSGH (in any format). Your statement should include the following elements:

- (1) The reason(s) why you chose TSGH.
- (2) Objectives of your rotation at TSGH (What you would like to learn at TSGH).

Please attach your personal statement to this application form.

✓ *Application Materials Checklist*

1. **Externship Application Form**
2. **CV/ Resume**
3. **Dean's Letter of Recommendation**
Dean's letter should be addressed to *Dr. Tai-Lung Cha, Dean, School of Medicine, National Defense Medical Center*. Scan and send the letter in PDF file format.
4. **Copy of the Passport, Student Identity Card (ID) and Official Academic Transcripts**
TSGH does not accept unofficial copies. Scan and send the documents in PDF file format.
5. **Personal Statement**
6. **TOEFL IBT SCORE** (*optional)

Please send all documents above via e-mail to:

Basic Research: phd.elainechan@gmail.com <Dr. Elaine Chan>

Clinical Clerkship: emtpj520@gmail.com <Mr. Yu-Heng Lin>

Submission Deadline: 2 months prior to the first day of rotation

NOTE: Once you have been accepted, you have to submit all original documents to the registrar by post. In addition, you are required to submit the following documents:

- **Immunization Record (Hepatitis B/Hepatitis C/Measles/Rubella/Varicella/Mumps/BCG)**
- **Promissory Note for Personal Health Coverage and Malpractice/Liability Insurance**

HEALTH CHECK SHEET

NAME: _____ SEX: M/F AGE: _____
DATE OF BIRTH: _____ (dd/mm/yyyy) NATIONALITY: _____

IMMUNIZATION POLICY

All faculty, staff and visitors/observers who are in laboratories or medical clinics and who thereby may be at risk of exposure to blood borne pathogens are required to be immunized and/or screened for the followings.

*Please check and describe when (dd/mm/yy) all that apply.

Hepatitis C:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Positive / <input type="checkbox"/> Negative,	<input type="checkbox"/> N/A
Syphilis:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Positive / <input type="checkbox"/> Negative,	<input type="checkbox"/> N/A
Typhoid:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Positive / <input type="checkbox"/> Negative,	<input type="checkbox"/> N/A
Mantoux Challenge Test:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Positive / <input type="checkbox"/> Negative,	<input type="checkbox"/> N/A
BCG:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Tetanus-diphtheria:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Measles:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Rubella:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Mumps:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Varicella:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A
Hepatitis B:	(When: _____) <input type="checkbox"/> Immunized / <input type="checkbox"/> Affected,	<input type="checkbox"/> N/A

(+ or - HBs Ag Anti-HBs Ab Anti-HBc Ab)

Chest X-ray:

***You must submit authenticated information for clearance on these requirements. Authenticated information is either an immunization record signed by medical authority, international immunization record, or other documentation which certifies immunization and T.B. screening (Mantoux Challenge Test) status.**

I certify that this information is accurate and true to the best of my knowledge and I accept the above-stated conditions.

Signature

Date

Date: _____ (dd/mm/yyyy)

Tri-Service General Hospital
No. 325, Sec. 2, ChengGong Rd., Neihu Dist.,
Taipei City, Taiwan (R.O.C.) 114

To whom it may concern,

I, _____ (name) _____ the undersigned, have known that Tri-Service General Hospital does not provide any insurance and the herewith do promise to purchase Personal Health Coverage and malpractice/liability insurance, before I go to Taiwan (R.O.C.). I also promise to take the procedure on the starting date of my elective: (date: dd/mm/yyyy) _____, consequently it will be certainly effective when I start the elective.

Signature

(dd/mm/yyyy)

Date