一、見實習單位:3樓安寧病房及安寧居家

二、每日限額如下，額滿為止。**請先來電確認是否還有名額，再報名及繳費。**

(1)甲類－安寧療護臨床見習40小時：醫師1人，護理人員2人

(2)乙類－安寧居家臨床見習8小時：醫師1人，護理人員1人，社工人員1人

三、報名時間：107年5月25日起

見實習日期(請勾選)：

□9/04、 □9/06、 □9/11、 □9/13、

□09/18、 □09/20、 □09/25、 □09/27

□10/02、 □10/04、 □10/09、 □10/11、

□10/18 □10/23、 □10/25、 □11/06、

□11/08、 □11/13、 □11/15、 □11/20、

職業(請勾選)：□醫師、 □護理人員、 □社工人員

姓名： 聯絡電話：

四、個人資料使用同意書：

同意天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院〈下稱貴院〉為提供課程報名等相關服務，在遵循個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人所提供之個人資料，包括電子郵件帳號、姓名、性別、出生年月日、身分證字號、服務單位、住址、手機號碼、連絡電話等。

同意以本人所提供的個人資料確認身份、利用信件電子郵件或簡訊進行連絡、提供相關服務及資訊，包括課程之通知、製作證書、數據統計及分析、以及其他隱私權保護政策規範之使用方式。

同意貴院依課程補助機關或學分證照核發管理機關之規定，申報或登錄本人之個人資料。

本人就個人資料得依個人資料保護法第三條之規定，行使下列權利：

查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、

請求刪除。

本人得自由選擇是否提供個人資料或行使個人資料保護法第三條所定之權利，但提供資料不足或其他冒用、盜用、不實之情形，可能將不能參加相關課程及影響各項相關服務或權益。

本人就個人資料依個人資料保護法第三條之規定，請求停止蒐集、處理或利用或請求刪除前，貴院得依循個人資料保護法及相關法令之規定，於個人資料提供之範圍與目的內使用該等個人資料。

我已詳細閱讀並同意上述同意書內容，及同意貴院利用電子郵件或簡訊發送相關通知及訊息。

簽名：

五、請**先預繳及回傳繳費證明(轉帳單影本請黏貼於下方)才完成報名手續。**

**轉帳帳戶：國泰世華銀行台東分行、帳號:102-03-500-1058**

**抬頭:天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院**

黏貼處： 費用(元)/人：

(1)甲類－安寧療護臨床見習40小時

醫師：2500

護理人員：2500

(2)乙類－安寧居家臨床見習8小時

醫師：500

護理人員：500

社工人員：500

六、填畢以上報名資料、個人資料使用同意書簽名及黏貼轉帳單影本後回傳資料於本院，傳真:089-343841或掃描後寄件至e-mail:n00097@st-mary.org.tw 邱武秋香護理長

七、**繳費後未報到或未完成全部見實習規定事項，恕不退費。**

八、本院聯絡人:鄭佩玲 小姐 電話:089-322833轉300。

九、報到地點:3樓安寧病房，報到時間:上午08:00，請穿著工作服報到，當日需填寫「實(見)習、代訓、專案研究切結書」，**報到時請檢附今年體檢報告影本1份。**