**「提升醫院用藥安全與品質方案」資格審查申請表**

基本資料

|  |  |
| --- | --- |
| 藥師姓名 |  |
| 身分證字號 |  |
| 藥師證書號碼 |  |
| 服務單位全銜 |  |

申請類別：□醫學中心及區域醫院； □地區醫院

檢附資料檢核表

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目 | 備齊請打勾 |
| 1.藥師證書 |  |
| 2.請勾選提供之文件（擇一即可）：□醫院執業2年之證明文件□臨床藥學士畢業證書□臨床藥學研究所/醫院藥學組研究所畢業證書 |  |
| 3.請依申請之類別提供下述資料： |  |
| 3-1. 執行「重症加護臨床藥事照護」之醫院：過去一年內至少6個月，每個月至少10筆加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄 |  |
| 3-2. 執行「一般病床臨床藥事照護」之地區醫院：過去一年內至少6個月中，至少20筆住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄 |  |
| 3-3. 執行「門診臨床藥事照護」之地區醫院：過去一年內，至少20筆門診或住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄 |  |
| 4.醫院主管之推薦函 |  |

本人保證檢附之佐證資料內容屬實，未經變造

申請藥師簽章：

申請日期：

**請將已填妥簽章之申請表單，掃描上傳至網站，為申請資料之佐證。**