**「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.醫學中心及區域醫院請提供：過去一年中連續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學服務相關紀錄 |  |
| 3-2.地區醫院請提供：過去一年中至少20筆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。**