

## 中山醫學大學視光學系實習單位申請辦法

- 第一條、 視光學系（以下簡稱本系）為維護學生臨床實習教育品質，依本院「中山醫學大學醫學科技學院實習辦法」特訂定本辦法（以下簡稱本辦法）。
- 第二條、 本辦法為遵守專門職業及技術人員高等考試驗光師及驗光生考試實習認定基準，依考試院「專門職業及技術人員高等考試驗光師及驗光生考試實習認定基準」訂定之。
- 第三條、 實習單位經系務會議檢討年度需求後，於每學年第二學期公開徵求。
- 第四條、 申請學生實習之單位，需於公告時間內完成申請文件及相關資料備查，經系務會議審查通過後公布，逾期則不收件。
- 第五條、 本系實習課程分為「眼視光實習(一)」及「眼視光實習(二)」，分別由驗光配鏡綜合實習單位及眼科實習單位執行。
- 第六條、 驗光配鏡綜合實習單位應由驗光所申請之，申請書如附件一。眼科實習單位得由區域醫院以上等級之眼科部申請之，申請書如附件二。
- 第七條、 眼視光實習(二)課程之實習單位，得由應屆實習學生媒合。應屆實習學生如欲於非本系現有合約之眼科單位實習，學生應徵求單位之書面同意後，於實習前一學年度第二學期第九週以前，以書面提出申請。
- 第八條、 本辦法經系務會議通過後實施，修正時亦同。

附件一：中山醫學大學視光學系「驗光配鏡綜合實習單位」申請書

附件二：中山醫學大學視光學系「眼科實習單位」申請書

中山醫學大學視光學系「眼科實習單位」申請書

醫療機構 基本資料	機構名稱								
	機構代碼				機構電話				
	機構地址								
科室資料	科室負責人				聯絡電話				
	E-mail				傳真電話				
眼科固定 服務時段	星期	一	二	三	四	五	六	日	
	上午								
	下午								
	晚上								
說明：服務時段請打勾，休診時段請填「休診」。									
指導人員 基本資料		姓名			眼科專科醫師證書字號		畢業學校/學歷		
	負責醫師				眼專醫自第 號				
	協同醫師				眼專醫自第 號				
	協同醫師				眼專醫自第 號				
註：實習指導人員應為領有執業執照之眼科專科醫師。									
檢附資料	請將下列資料依序勾選、檢附於申請書之後，郵寄至本系：								
	<input type="checkbox"/> 1.指導人員之專科醫師證書影本。 <input type="checkbox"/> 2.指導人員之執業執照影本。 <input type="checkbox"/> 3.眼科實習單位申請檢核表(附表)。 <input type="checkbox"/> 4.欲領有本校視光學系實習指導聘書，需繳同意與聲明書(如否，則無需勾選繳交，本系將以感謝狀代替之)。								
負責醫師用印					機構用印				
聯絡人					申請日期	民國	年	月	日

中山醫學大學視光學系  
 402 臺中市南區建國北路一段 110 號  
 電子郵箱：cs4405@csmu.edu.tw  
 聯絡電話：04-24730022#11718

## 眼科實習單位申請檢核表

承蒙貴單位申請為本系「眼科實習單位」，依據考試院規定以及本校實習相關法規，敬請填寫下列檢核項目，以利相關會議審核。

### 指導人員

		是	否
1.1	負責醫師同意親自指導學生實習。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	負責醫師同意於休假時指定符合眼科專科醫師資格者代理指導。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	指導人員均無性侵害犯罪紀錄。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 眼科部門

		是	否
2.1	本單位同意實習學生參加科部晨會或教學會議。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	本單位同意實習學生參加門診手術見習	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	本單位同意實習學生參加手術室手術見習。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 實習內涵

		是	否
3.1	同意每一位實習生至少實習 8 週(共 320 小時)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	同意學生實習下列項目至少 120 小時： (1)一般檢查項目(例如：視力、眼壓、驗光等)。 (2)特殊檢查項目(例如：視野、眼底照相、OCT、角膜地形圖等)。 (3)其他設備認識與操作。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	同意學生實習下列項目至少 120 小時： (1)眼疾病認識。 (2)眼疾病照護與衛教。 (3)案例討論。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	同意學生於眼科門診見習至少 80 小時。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 其他資訊

		是	否
4.1	本單位同意如有職缺會優先錄取中山醫學大學視光學系畢業生。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	本單位提供住宿。(如勾選為「是」，請於補充說明欄填相關資訊)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 實習容量

5	本實習單位每梯次可容納學生實習為： <input type="checkbox"/> 一位 <input type="checkbox"/> 兩位 <input type="checkbox"/> 三位 <input type="checkbox"/> 四位。
---	--

### 實習生配合事項/補充說明

6	實習單位對於實習生之服裝儀容或其他事項有任何規定請填寫於本欄。(如欄位不足請另以附件檢附於本表之後)
---	--

本表均已如實填寫無訛。

	負責醫師簽章	單位用印
民國      年      月      日		