

正本

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會 函

會址：臺中市西區 403 忠明南路 303 號 6 樓之 1
電話：(04)2301-6663 傳真：(04)2301-6311
<http://www.mt.org.tw>
E-mail：tamt2000@gmail.com
聯絡人：宋佳玲

受文者：如正副本收文者

發文日期：中華民國 106 年 5 月 16 日
發文字號：(106)醫檢全聯字第 106041 號
速 別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附 件：如說明段

主旨：檢送本會「2017 年赴韓國受訓甄選」簡章，敬請鼓勵所轄會員踴躍報名參加，並請惠予公告周知。

說明：

- 一、依據本會與韓國醫檢師公會簽訂之合作備忘錄第 5-1-6 款，提供本會會員接受短期受訓之機會，復依本會「醫檢師出國受訓補助作業及實施辦法」辦理。
- 二、即日起開始受理申請，欲參與者請詳閱附件簡章說明(附件一)並填具「甄選赴韓國受訓申請表」(附件二)和備齊相關文件於 **2017 年 6 月 9 日星期五前**掛號郵寄至本會(郵戳為憑)。申請書面資料不齊、逾期繳交或申請資格未符規定者，將不予審查。
- 三、如有疑問請洽詢本會秘書處。電話：04-23016663 電郵：tamt2000@gmail.com

正本收文者：各縣市醫檢師公會、本會理事、監事

副本收文者：本會國際事務委員會

理事長 吳俊忠

社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會 2017 年赴韓國受訓甄選簡章

一、依據本會與韓國醫檢師公會簽訂之合作備忘錄第 5-1-6 款，提供本會會員接受短期受訓之機會，復依本會「醫檢師出國受訓補助作業及實施辦法」辦理。

二、受訓資訊：

(一)資格：須為本會會員，且三年內未曾接受過本會補助。

(二)名額：二名。

(三)地點：仁濟大學附設海雲臺派克醫院(Haeundae Paik Hospital)

(四)期間：2017 年 9 月 18 日至 24 日

(五)受訓內容：Blood collection, Blood banking, Immunology,
Microbiology, Hematology, Molecular diagnostics,
Chemistry, Urinalysis and The 5th congress of AAMLS.

三、補助內容：

(一)臺灣和韓國之來回機票（經濟艙）

(二)九天八夜之雙人房住宿費用（9 月 17 日至 25 日）

如因個人因素須住宿單人房或不同時段前往者，需自付差額。

惟獲選受訓二人如不同性別，由本會負擔單人住宿差額。

(三)九天內定額境內交通費和餐費

(四)AAMLS 大會註冊費

四、繳交文件：

(一)甄選赴韓國受訓申請表(附件二、附件三)

(二)個人英文履歷表（附件四）

(三)申請人執業執照影本

(四)其他可資佐證能力或有利申請之相關資料

五、甄選方式：

(一)初選採書面審查，申請者將渠等應繳交文件於 2017 年 6 月 9 日前掛號郵寄至本會。地址為 403 臺中市西區忠明南路 303 號 6 樓之 1 醫檢師全聯會收，信封敬請註明「報名韓國受訓甄選」。不符資格者不予受理，申請資料恕不退還。

(二)複選採口試，評選項目及標準如下：

1. 言詞與表達能力：包括思考與反應、言語表達、邏輯概念等
2. 專業素養評估：醫檢師相關專業能力及外語能力如英語或韓語能力。
3. 人品與態度：包括儀表、禮貌、態度舉止、涵養。

六、甄選結果：本會將擇優選出二名前往受訓，於七月中旬將公布名單並通知當事人。並由本會與韓國醫檢師公會進行媒合。

七、其他應遵守事項：

(一)錄取者未依約定出國受訓者，賠償金額新台幣一萬元整。如遇重大變故，需經本會審核同意。

(三)受訓完畢須繳交出國報告乙份（3,000 -5,000 字，附至少十張照片）以供本會存檔及刊載於本會之電子報。

(四)受訓人員受訓完畢有義務擔任本會國際事務委員會該受訓國之任務委員，為期三年。

八、附註：申請人可優先向自己服務的醫院或機構申請出國訓練計畫之經費補助。

九、聯絡方式：如有疑義欲洽詢，電子郵件信箱為 tamt2000@gmail.com，電話 (04)2301-6663。

社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

甄選赴韓國受訓申請表

姓 名		英文姓名	
性 別		出生日期	年 月 日
所屬公會		會員編號	
服務單位			
職 稱			
聯絡市話		聯絡手機	
電子郵件			
通訊地址			
學 歷	1. 2.		
經 歷 (請註明執業期間)	1. 2.		
專 長	1. 2.		
語文能力證明 (請提供佐證資料)	<input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 韓文		
推薦人姓名		服務單位 及職稱	

<p>至該國實驗室 受訓之目的及 預定內容與計 劃(約 500 字)</p>			
<p>申請人簽名</p>		<p>推薦人 簽名</p>	
<p>備 註</p>	<p>結訓後擔任本會國際事務委員會之任務委員 結訓需繳交 3000 字以上(含照片)之受訓報告電子檔刊登於本會電子報</p>		

KAMT-TAMT Laboratory Training Program

APPLICATION FOR KAMT LABORATORY TRAINING PROGRAM

1. Application Information

Last name: _____

First name: _____

Title: ☐ Mr. ☐ Ms. ☐ Dr. ☐ Dra.

Date of birth (dd/mm/yyyy): ____/____/____

Passport No. _____

Home address: _____

E mail address: _____

Photo

2. Previous employment and job experience (*briefly describe*)

3. Language proficiency for training course in English. Please tick appropriate box.

Ability	Listening	Speaking	Reading	Writing
Expert user				
Good user				
Competent				
Limited user				
Non user				

4. Description of the status of your laboratory.

5. Expectation from the Education Training Program.

(Please explain what you expect to learn and bring back for the improvement of your laboratory)

6. Please attach your C.V. and recommendation letter from Taiwan Association of Medical Technologists (TAMT), photocopy of valid national MT license and passport.

I, hereby, solemnly affirm that the facts mentioned above in this application form are true and correct to the best of my knowledge and belief and nothing has been concealed therein. No part of it is false.

Date:

Applicant name: _____ (signature)

Date of approval by TAMT:

President of TAMT: _____ (signature)

CURRICULUM VITAE**1. Personal information**

Passport no.										Date:		
Last name									First name			
Sex									Date of birth (dd/mm/yyyy)			
Contact phone									Fax			
Contact address												
E-mail												
Marital status												

2. Education

Schools/ institute	Name	Location	From		To		Degree/ certificate	Major
			Yr	Mo	Yr	Mo		

3. Employment and job experience

Name of employer	Department/ institute	Location	Position	From	To

4. Specialties**5. Publication of five years**

(A) Papers

(B) Posters

Applicant name: _____