附件四.1

**109年母乳哺育種子講師培育計畫**

**新種子講師培育申請表**

一、基本資料

姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 生日：(民國)＿＿＿年 性別：□女 / □男

電話（公）：＿＿＿＿＿＿＿手機：電子郵件：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

聯絡地址：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

現職機構或機關（請填寫醫事機構或機關全銜）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（請依開業執照登錄名稱詳填）

現職機構或機關所在縣市：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

服務部門：＿＿＿＿＿＿＿＿職稱：＿＿＿＿＿＿單位服務年資：共約年月

參與母乳哺育服務年資：共約年（起迄年至年）

最高學歷：□專科(現職服務機構需為離島、偏鄉) □大學（二、四技）

□碩士(進修中) □碩士□博士(進修中) □博士

現職之醫事機構是否通過母嬰親善醫療院所認證？□是，□否。

推動母乳哺育是您目前主要的工作業務？□是，□否。

若您參與本培育課程是經由母乳哺育相關專業團體(協會或學會)推薦者，請填寫以下項目：

請寫出推薦之貴協會(學會)名稱：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

二、參與培育動機與培育後期望

|  |
| --- |
| 參與培育動機：□工作單位指派□個人爭取其他(請說明)：**請以50字左右簡要回應下述提問：****個人對本培育課程的想法：****培育後對種子講師角色實踐的自我規劃：** |
|  |

附件四.4

 **109年母乳哺育種子講師培育計畫**

**新種子講師培育-母乳哺育基礎及進階(簡報製作及教案繕寫)**

 **教育課程時數表**

請確實填寫您三年內(106年3月-109年3月)母乳哺育及教學相關研習證明，並**附證書影本**。

| 受訓日期 | 辦理單位 | 主題 | 時數(小時) | 附件編號 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 年 月 日 |  |  |  |  |
| 合計(小時) |  |

【主題：相同主題以1小時計算，表格不夠可自行增加】