附件1

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

支持團體帶領人培育申請表

一、基本資料

|  |
| --- |
| 姓名：＿＿＿＿＿＿ 生日：(民國)＿＿＿年 月 日 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：＿＿＿＿＿母嬰專科服務年資：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 □大學(二、四技) |
| □碩士(進修中) □碩士 □博士(進修中) □博士 |
| 現職之機構是否通過母嬰親善醫療院所認證？□是 □否 □不適用 |
| 推動母乳哺育是您目前主要的工作業務？ □是 □否 |
| 是否擔任過支持團體帶領人? □是 □否 |

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：  培育後對支持團體帶領人實踐的自我規劃： |

附件2

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

支持團體帶領人培育-申請資料查檢表

|  |  |
| --- | --- |
| 資料準備 | 項目 |
| □有 □無 | 1. 最高學歷畢業證書(附件2.1.1)，若研究所進修中，請另檢附在學證明或學生證正反面(附件2.1.2) |
| □有 □無 | 1. 臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表(附件2.2) |
| □有 □無 | 1. 醫事人員相關專業證照(附件2.3) |
| □有 □無 | 1. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育-母乳哺育基礎及進階教育課程時數總表(附件2.4)。 |
| □有 □無 | 1. 依照附件2.2總表，提供5年內(108年3月-113年2月)完成之母乳哺育專業研習之時數證明影本，或提供衛生福利部醫護人員繼續教育積分或研習證明(附件2.4.1) |
| □有 □無 | 1. 在職證明正本(附件2.5) |
| □有 □無  □團體推薦 | 1. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育-機構同意書(附件2.6.1) |
| □有 □無  □機構同意 | 1. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育-相關專業團體推薦書(附件2.6.2) |
| □有 □無 | 1. 具母乳哺育種子講師身分者，請出示效期內證書影本   (附件2.7)，可抵免上述第1-6項(附件2.1～附件2.5)證明文件 |

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

附件2.2

支持團體帶領人培育-臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **機構名稱(全名)** | **單位** | **職稱** | **工作期間** | **小計** |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月至　　年　　月 | 年　　月 |
| ◎目前是否仍在職：□是 □否 | | | | |
| 合 計： 年 月 (年資計算以月為單位，合計年資推算至113.02.28) | | | | |

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

附件2.4

支持團體帶領人培育-母乳哺育基礎及進階教育課程時數表

請確實填寫您五年內(108年3月-113年2月)母乳哺育相關研習證明，並依序檢附佐證資料及填妥佐證編號。

| 受訓日期 | 辦理單位 | 主題 | 時數(小時) | 佐證編號 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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】

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

附件2.6.1

母乳哺育支持團體帶領人培育機構同意書

本人及醫事機構(機關)已詳閱本次培育須知，含：申請培育資格、申請名額限制、申請培育報名方式及截止日期、培育後配合事項(受訓後三個月內完成帶領母乳哺育支持團體至少一場，並至少錄影30分鐘，繳交錄影結果及心得)。

本人(簽章)：

現職機構：

機構負責人簽名及簽章：

機構負責人職稱：

現職醫療/醫事機構(機關)印章(關防)：

中華民國113年 月 日

**113年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫**

附件2.6.2

母乳哺育支持團體帶領人培育相關專業團體推薦書

本學會(協會)經委員審查後同意推薦本會會員\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名)參與113年國民健康署委託母乳哺育支持團體帶領人培育，並已詳閱本次培育須知，含：申請培育資格、申請名額限制、申請培育報名方式及截止日期、培育後配合事項(受訓後三個月內完成帶領母乳哺育支持團體至少一場，並至少錄影30分鐘，繳交錄影結果及心得)。

受推薦人(簽章)：

推薦人姓名/(正楷)簽章：

推薦機構名稱：

母乳哺育相關專業團體學會(協會)印章(關防)：

中華民國113年 月 日