

# 「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」 支持團體帶領人訓練 報名簡章

## 一、辦理單位：

- (一) 主辦單位：衛生福利部國民健康署
- (二) 承辦單位：台灣母乳哺育聯合學會
- (三) 合辦單位：臺北市立聯合醫院婦幼院區

## 二、目的：

- (一) 說明母乳哺育支持團體帶領人角色、職責與功能。
- (二) 展現母乳哺育支持團體帶領人必備知識與技能。
- (三) 執行母乳哺育支持團體帶領人間情感交流與經驗分享。
- (四) 討論母乳哺育支持團體帶領人可能面臨之困境與因應。

## 三、日期與地點：

- (一) 日期：115 年 5 月 30 日(星期六)–5 月 31 日(星期日)上午 8 時 20 分至下午 5 時

地點：臺北市立聯合醫院婦幼院區第二醫療大樓七樓及八樓(臺北市中正區福州街 12 號)

## 四、參加對象及名額：醫護人員、母乳支持團體帶領人、衛生局(所)/婦幼發展局人員、由衛生局(所)/婦幼發展局推薦母乳志工，共 30 名。

## 五、報名資格：

- (一) 醫護人員、母乳支持團體帶領人、衛生局(所)/婦幼發展局人員需符合下列第 1~4 點。
- (二) 具國民健康署母乳哺育種子講師身分者，檢附效期內證書影本，可抵免下列第 1 至第 3 項證明。
- (三) 由衛生局(所)/婦幼發展局推薦母乳志工僅需符合下列第 3 及第 4 項，並檢附證明。
- (四) 資格證明：

### 1. 學經歷：

- (1) 醫護相關科系畢業，且需具備以下條件之一：

- A. 專科學歷且至少 7 年(含)以上工作經歷
- B. 大學學歷且至少 5 年(含)以上工作經歷
- C. 碩士學歷且至少 3 年(含)以上工作經歷
- D. 醫護相關系所大學(含)學歷以上畢業，且為醫護相關碩、博士班在學學生(請檢附在學證明或學生證正反面影本)。

- (2) 具有臨床照護母嬰專科經驗二年(含)以上，以五年以上者為優先。

2. 具醫事人員相關專業證書(護理人員證書須為護理師，以符合護理人員繼續教育課程及積分審查作業規範之規定)。
3. 教育訓練證明：5 年內參加不同主題之母乳哺育相關研習課程，至少 21 小時(含)以上；衛生局(所)/婦幼發展局推薦母乳志工至少 10 小時(含)以上(相同主題以 1 小時計算)。
4. 機構支持：需經機構主管或衛生局(所)/婦幼發展局推薦且同意參與 14 小時完整訓練及訓練後的帶領母乳哺育支持團體。完訓後，機構主管或衛生局(所)/婦幼發展局同意除在原機構外，亦可支援其他機構或社區帶領母乳哺育支持團體。
5. 曾多次參與母乳哺育支持團體者尤佳。

## 六、報名方式：

- (一) 請至 <https://forms.gle/NAoy5ce6FSmqE917A> 表單線上報名及上傳完整備審資料。
- (二) 報名截止日期與時間：即日起至 114 年 4 月 20 日(星期一)中午 12 時止，5 月 5 日(星期二)公告錄取名單於台灣母乳哺育聯合學會網站。

(三) 備審資料：1~8 項須完整，格式請參考附件，檔名請依【姓名\_附件編號】命名，以利查驗。並請依照申請資料查檢表(附件 1)核對所有資料之完整性，報名資料若不完整，將以不錄取辦理，報名截止後，恕不接受相關資料補件。

1. 母乳哺育支持團體帶領人訓練申請資料查檢表(附件1)。
2. 申請表內容請逕上於線上報名網址填寫，不用需另行上傳(附件2)。
3. 最高學歷畢業證書(附件1.1.1)，如為醫護相關碩、博士在學學生，請另檢附在學證明或學生證正反面(附件1.1.2)。
4. 工作經歷及臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表(附件1.2)。
5. 效期內醫事人員相關專業證照(附件1.3)。
6. 5年內完成之母乳哺育相關研習課程之時數證明清單，並提供衛生福利部醫護人員繼續教育積分或研習證明作為佐證資料(附件1.4)。
7. 支持團體帶領人訓練機構同意書(附件1.5.1)、支持團體帶領人訓練專業團體推薦書(附件1.5.2)或支持團體帶領人訓練衛生局(所)/婦幼發展局推薦書(附件1.5.3)，可擇一檢附。
8. 在職證明(附件1.6)。
9. 具母乳哺育種子講師身分者，請出示效期內證書影本(附件3)，可抵免上述第3至第8項備審資料。
10. 由衛生局(所)推薦母乳志工，僅需檢附第1至第2項、第6至第7項備審資料。

(四) 如有報名資料與事實不符，且經查證屬實，本會將取消其訓練資格。

(五) 報名備審資料僅供報名資格查證及供專家審查專用。

七、獲得結訓證明必須完成以下(一)至(三)項，若未繳交將不發給結訓證明，並通知機構：

(一) 兩天的實體課程間完成前、後測。

(二) 完訓後三個月內完成實地帶領母乳哺育支持團體至少一場，至少錄影 30 分鐘，並將錄影結果、課程表及活動照片上傳至指定 Google 表單，視為評核的一部分。如果無故不繳交，將通知報名單位主管，也不發給結訓證明。

(三) 結訓證明及合格名單將於課後作業審核完畢及國民健康署核定後，以 Email 寄發並公告。

八、聯絡窗口：breastfeedingtrainer@gmail.com 李小姐 02-2381-3438

九、注意事項：

(一) 申請教育積分中(護理師)

(二) 參加的學員須於上、下午第一堂課開始前辦理簽到，課程全部結束後辦理簽退，若未依前述規定辦理簽到及簽退者，將無法給予護理人員教育積分時數及結訓證書。

(三) 若有任何無法出席情形，請於開課一週前告知主辦單位，並由主辦單位通知備取人員；為確保報名人員之權利，恕不接受私下更換受訓人員名單。

(四) 本訓練全程免費(經費由國民健康署菸品健康福利捐支應)，額滿為止；若有課程取消或改期等情況，則另通知。提供 2 日課程午餐，餐食葷素請於報名時填報，不受理異動，為配合政府響應環保政策，請當天與會人員自備環保杯。

十、訓練內容

第一日課程時間	主題	主講者/主持人
08:20-08:30	報到	
08:30-08:45	前測	
08:45-08:50	母乳哺育支持團體帶領人訓練計畫說明	郭素珍教授
08:50-09:40	破冰-認識彼此在團體中的意義與應用	林晶晶督導
09:40-10:30	支持團體的意義與功能及運作	李怡燁督導長
10:30-10:40	休息	
10:40-11:30	支持團體帶領技巧運用及分享	王嘉慧執行長
11:30-12:20	線上母乳哺育支持團體的運作與挑戰	胡怡芬衛教師
12:20-13:20	午餐	
13:20-14:10	支持團體影片評估與評量回饋 I	林晶晶督導
14:10-14:20	休息	
14:20-15:40	母乳諮詢技巧(分組)練習	王嘉慧執行長 林晶晶督導 李怡燁督導長
15:40-16:20	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧執行長 林晶晶督導 李怡燁督導長
16:20-16:50	綜合討論與評值	郭素珍教授
16:50-17:00	完成滿意度及心得評量	

第二日課程時間	主題	主講者/主持人
08:20-08:30	報到	
08:30-12:00	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧執行長 林晶晶督導 李怡燁督導長
12:00-13:00	午餐	
13:00-14:40	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧執行長 林晶晶督導 李怡燁督導長
14:40-14:50	休息	
14:50-15:40	母乳哺育支持團體帶領人帶領經驗分享	林晶晶督導
15:40-16:30	支持團體影片評估與評量回饋 II	林晶晶督導
16:30-17:00	後測&完成滿意度及心得評量	郭素珍教授

講師簡介

- 郭素珍 臺北護理健康大學護理助產及婦女健康系前教授、國民健康署母乳哺育種子講師  
 林晶晶 新北市立土城醫院護理督導、國民健康署母乳哺育種子講師  
 李怡燁 臺灣大學醫學院附設醫院護理部督導長、國民健康署母乳哺育種子講師  
 王嘉慧 惠心產後護理之家執行長、國民健康署母乳哺育種子講師  
 胡怡芬 台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)衛教師、國民健康署母乳哺育種子講師

**「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」  
支持團體帶領人訓練 申請資料查檢表**

資料準備	項目
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	支持團體帶領人訓練申請資料查檢表(附件 1)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附	最高學歷畢業證書(附件 1.1.1)，如為醫護相關碩、博士班在學學生，請另檢附在學證明或學生證正反面(附件 1.1.2)。
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附	工作經歷及臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表(附件 1.2)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附	效期內醫事人員相關專業證照(附件 1.3)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附	5 年內完成之母乳哺育相關研習課程之時數證明清單，並提供衛生福利部醫護人員繼續教育積分或研習證明作為佐證資料(附件 1.4)。
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 免附	支持團體帶領人訓練機構同意書(附件 1.5.1) (若已附 1.5.2 或 1.5.3 者可不附)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 免附	支持團體帶領人訓練專業團體推薦書(附件 1.5.2) (若已附 1.5.1 或 1.5.3 者可不附)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 免附	支持團體帶領人訓練衛生局(所)/婦幼發展局推薦書(附件 1.5.3) (若已附 1.5.1 或 1.5.2 者可不附)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附	在職證明(附件 1.6)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用	具母乳哺育種子講師身分者，請出示效期內證書影本(附件 3)，可抵免簡章所述備審資料第 3-8 項(附件 1.1.1 至附件 1.6)。
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不適用	由衛生局(所)推薦母乳志工，僅需檢附簡章所述備審資料第 1 至第 2 項(附件 1)、第 6 至第 7 項(附件 1.4、1.5.3)。

工作經歷及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
※工作經歷				
			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
※臨床照護母嬰專科經驗				
			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： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
合 計：工作經歷      年      月 / 臨床照護母嬰專科經驗      年      月 (年資計算以月為單位，合計年資推算至115年2月)				

母乳哺育相關研習課程之時數證明清單

請確實填寫您五年內母乳哺育相關研習證明，並填寫檢附佐證資料相應之編號。

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				
年 月 日				
合計(小時)				小時

【主題：相同主題以 1 小時計算，表格不夠可自行增加】

「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」  
支持團體帶領人訓練 機構同意書

本人及醫事機構(機關)已詳閱本次訓練須知，含：申請資格、名額限制、報名方式及截止日期、訓練後配合事項(受訓後3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分鐘後繳交錄影結果、課程表及活動照片)。

---

本人及醫事機構(機關)已詳細閱讀上述重點說明，若錄取，同意參與培訓課程。

本人 (簽章)：

現職機構：

機構負責人簽章：

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 115 年 月 日

「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」  
支持團體帶領人訓練 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115年國民健康署委託辦理母乳哺育支持團體帶領人訓練，並已詳閱本次訓練須知，含：申請資格、名額限制、報名方式及截止日期、訓練後配合事項(受訓後3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分鐘後繳交錄影結果、課程表及活動照片)。

受推薦人(簽章)：

推薦人姓名/(正楷)簽章：

推薦機構名稱：

專業團體學會(協會)印章(關防)：

中華民國 115 年 月 日

「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」  
支持團體帶領人訓練 衛生局(所)/婦幼發展局推薦書

本人及衛生局(所)/婦幼發展局已詳閱本次訓練須知，含：申請資格、名額限制、報名方式及截止日期、訓練後配合事項(受訓後3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分鐘後繳交錄影結果、課程表及活動照片)。

受推薦人(簽章)：

推薦人姓名/(正楷)簽章：

推薦衛生局(所)/婦幼發展局名稱：

衛生局(所)/婦幼發展局推薦人職章：

中華民國 115 年 月 日

## 「115-116 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫」

### 支持團體帶領人訓練申請表

一、基本資料(由衛生局(所)/婦幼發展局推薦母乳志工，紅字部分免填)

中英文姓名：\_\_\_\_\_ 生日：(西元)\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

性別：女 男 其他 身分證字號：\_\_\_\_\_

電話(公)：\_\_\_\_\_ 行動電話：\_\_\_\_\_ 電子郵件：\_\_\_\_\_

聯絡地址：\_\_\_\_\_

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

推薦之縣市衛生局(所)/婦幼發展局：\_\_\_\_\_

現職機構或機關(全銜)及醫事機構代碼：\_\_\_\_\_

(請依開業執照登錄名稱填寫醫事機構或機關全銜)

現職機構或機關所在縣市：\_\_\_\_\_

現職機構或機關地址：\_\_\_\_\_

現職機構或機關屬於：醫療院所 產後機構 其他\_\_\_\_\_

服務部門：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_ 臨床照護母嬰專科經驗年資：共約\_\_年\_\_月

參與母乳哺育服務相關工作經歷年資：共約\_\_年(起迄\_\_年至\_\_年)

現職機構是否為「母嬰親善醫療院所」？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

承上題，若有，請簡要描述擔任帶領人的經驗、遇到的困境及對訓練上的建議：\_\_\_\_\_

您的工作內容簡述(所屬業務與母乳哺育相關性)：\_\_\_\_\_

二、參與訓練動機與訓練後期望

參與訓練動機：工作單位指派 個人爭取 衛生局(所)/婦幼發展局推薦

其他(請說明)：

請以50字左右簡要回應下述提問：

個人對本訓練課程的想法：

訓練後對支持團體帶領人實踐的自我規劃：