



## 「110年度初級救護技術員(EMT1)繼續訓練計畫書」

- 一、計畫名稱：初級救護技術員繼續訓練計畫書(EMT1)。
- 二、主辦單位：童綜合醫療社團法人童綜合醫院。
- 三、課程負責人：黃泰霖 急診部緊急救護科主任。
- 四、目的：為推廣急救教育訓練並普及民眾急救技能，以提升到院前緊急救護品質。
- 五、師資及課程特色：

本課程教官由本院醫師師資；技術課程則由多名EMTP級教官指導進行小組練習，務求學員最佳學習成效。

- 六、地點：童綜合醫療社團法人童綜合醫院(梧棲院區)教學樓 2、3樓臨床技能中心。
- 七、時間：110年7月10日(六)

※上午8時00分至17時00分(實際時間依課程表為主)，時數共為8小時。

- 八、課程報名費：1000元/梯。(含講師費、印刷費與教材費，含午餐費)。

- 九、受訓人數：**30人**，額滿為止。

- 十、訓練級別：

(1)初級救護技術員訓練，醫護人員或相當初級中等以上學校畢業或具同等學力者。

- 十一、報名資格：具備初級救護技術員合格證書且為有效期限內。

### 十二、報名注意事項：

1. 院內同仁報名訊息請詳見醫院通告。
2. 收費、補助優待辦法，請詳見本院急救管理委員會制定「急救訓練管理辦法」條例。
3. 報到時請學員需繳交初級救護技術員合格證書正本及身分證正反面影本。

※應盡個人資料保護法保障個人資料安全之責任，貴院就本人所提供個人資料使用期限至活動結束。

### 十三、報名方式及截止時間：

使用線上表單報名，報名網址：<https://reurl.cc/v5XvLk>

請於06月15日(二)前完成報名及繳費(院內同仁課後自薪資扣款)

06/25起，可開放查詢報名名單。

### 十四、院外人士繳費方式：

1. 費用請利用郵政劃撥，帳號：2264-3977，戶名：童綜合醫療社團法人童綜合醫院  
請於劃撥單註明「109年度初級救護技術員(EMT1)繼續教育課程」與姓名，將收據傳真至(04)2656-8493並來電確認。
2. 本院急診部負責人聯絡電話：04-26581919轉4382(王筱涵助專)，查詢時間為週一至週五上午9:00至11:30，下午14:00至17:00。
3. 參加學員因故不克參加要求退費者，上課一週前退90%，上課三日前退70%，其餘狀況不退。





# 110 年初級救護技術員繼續教育課程表

時間：110 年 07 月 10 日(星期六)

地點：童綜合醫療社團法人童綜合醫院(梧棲院區)教學樓 2、3 樓臨床技能中心。

備註：實際課程內容以當日公告為主

時間	課程	時數	講師	助教	備註
0745-0800	報到/開訓		教育訓練處		
0800-1100	2.1 成人心肺復甦術	3	鄭閔璋	余心凱	
1100-1200	2.2 異物哽塞及小兒心肺復甦術	1	鄭閔璋	余心凱	
1200-1300	LUNCH				
1300-1500	4.3 頸椎固定術、脫除安全帽及 上頸圈	2	鄭閔璋	余心凱	
1500-1700	4.4 脊椎固定術(翻身)及上長背 板	2	鄭閔璋	余心凱	

## 講 師

鄭閔璋 童綜合醫療社團法人童綜合醫院/急診醫學部成人急診科主任

余心凱 童綜合醫療社團法人童綜合醫院/急診醫學部專科護理師

## 備註：

- 1、受訓學員請著輕便褲裝，上課日於上午 8 時 00 分前完成報到。
- 2、參加學員請攜帶初級救護技術員證書(影本)，需展延證書效期者請攜帶正本。救護技術員管理辦法第七條規定，於證書效期 3 年內，完成訓練課程基準科目達 24 小時以上，且其中 12 小時以上為模組二、四、六之科目，得展延證書效期，一次以 3 年為限。
- 3、聯絡人：急診部 王筱涵 助專  
電話：04-26581919 分機 4382

## 個人資料提供同意書

- 一、貴院預計於 110年07月10日(六) 舉行 初級救護技術員繼續教育課程 (以下稱本活動)。基於辦理本活動證照發給之目的蒐集本人的個人資料，包括下列項目：【請列出收集之個人資料項目，如身分證字號、姓名、地址、生日、電話、學經歷及等】。
- 二、對於本人於本活動期間的個人資料使用，應依個人資料保護法、相關法令進行處理及利用。
- 三、本人同意，在符合蒐集之特定目的下處理及利用個人資料。
- 四、本人的個人資料於非本活動期間繼續儲存於貴院，除應本人之申請、貴院依法執行事項外，貴院不得提供及利用本人之個人資料。
- 五、本人就個人資料，依個人資料保護法，得行使以下權利：查詢或請求閱覽，請求製給複製本，請求補充或更正，請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- 六、本人理解若不提供個人資料，將影響本活動業務辦理及後續相關服務。
- 七、貴院應盡個人資料保護法保障個人資料安全之責任，非屬本同意書個人資料利用情形，應先徵得本人同意方得為之。
- 八、貴院就本人所提供個人資料使用期限至活動結束。

此致

童綜合醫療社團法人童綜合醫院

立同意書人：\_\_\_\_\_

中華民國\_\_\_\_年\_\_月\_\_日