

## 附件二：101 年藥事戒菸衛教人員認證課程實務訓練抵免申請表

- 一、本認證課程之課外實務訓練包括：戒菸班、戒菸門診、戒菸專線、戒菸衛教、戒菸藥局等。
- 二、凡曾實際從事戒菸班、戒菸門診或門診戒菸、戒菸專線、戒菸衛教或戒菸諮商等工作三個月以上，或曾於戒菸專業訓練課程擔任講師達三次(含)以上者，得抵免認證所需之課外實務訓練。
- 三、欲抵免實務訓練之人員，應於申請計畫時，填寫申請表，並檢具相關工作證明文件正本乙份或相關課程影本乙份，向本會提出抵免申請。經審定後准予抵免者，減免其訓練時數，以作為計畫審查之參考。

### 藥事戒菸衛教人員認證課程訓練抵免實習申請表

申請人	服務單位	職稱
抵免資格(請勾選，可複選) <input type="checkbox"/> 1.曾實際從事戒菸班工作三個月以上 <input type="checkbox"/> 2.曾實際從事戒菸門診或門診戒菸工作三個月以上 <input type="checkbox"/> 3.曾實際從事戒菸專線、戒菸衛教或戒菸諮商(詢)工作三個月以上 <input type="checkbox"/> 4.曾實際從事其他戒菸工作三個月以上，該工作為：_____ <input type="checkbox"/> 5.曾於戒菸專業訓練課程擔任講師達三次(含)以上		
擬抵免時數：(請勾選) <input type="checkbox"/> 1.完全抵免(不參加任何課外實務訓練) <input type="checkbox"/> 2.部分抵免：擬抵免之課程為(請勾選，可複選) <input type="checkbox"/> 戒菸班 <input type="checkbox"/> 門診戒菸 <input type="checkbox"/> 戒菸專線		
申請文件 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 工作證明，正本_____份 <input type="checkbox"/> 認證證明，影本_____份 <input type="checkbox"/> 擔任講師課程表，影本_____份 (註明上課單位與時間) <input type="checkbox"/> 其他，_____ (請說明)，正/影本_____份	
聯絡方式	電話： 手機：	
申請人簽章：	申請日期：__年__月__日	

經手人：

審核結果：

- 1.通過，
- 2.未通過，原因：
  - (1)資格不符，
  - (2)程序不符，
  - (3)其他：\_\_\_\_\_