

**115 年度臺中市
弱勢家庭暨獨居老人藥事及全人健康照護計畫**

照護者資格審核表 (*處請藥師(生)自行填妥資料)

一、 *基本資料

姓名		電話	(04)-
執業機構		執業地址	
手機		Email	
居家地址			
所屬公會	<input type="checkbox"/> 臺中市藥師公會 <input type="checkbox"/> 臺中市大臺中藥師公會 <input type="checkbox"/> 台中市藥劑生公會 <input type="checkbox"/> 臺中市第一藥劑生公會		

二、 *執行服務類別

「弱勢族群及長者居家訪視藥事照護服務」：

***照護培訓審核**

藥事照護 培訓課程	<input type="checkbox"/> 115年新加入者-培訓課程暨說明會4小時 <input type="checkbox"/> 114年曾加入者-培訓課程暨說明會3小時 <input type="checkbox"/> 有參加114年培訓課程 <input type="checkbox"/> 未參加114年培訓課程
--------------	---

「居家安寧療護個案藥事訪視服務」：

***照護培訓審核**

藥事照護 培訓課程	<input type="checkbox"/> 有參加115年培訓課程暨說明會3小時 <input type="checkbox"/> 未參加115年培訓課程暨說明會
機構資格 審查	<input type="checkbox"/> 領有管制藥品登記證 <input type="checkbox"/> 機構備有1級管藥 <input type="checkbox"/> 機構備有2級管藥

三、 *有無違反藥師、藥事相關法規

最近一年內有無移送藥師懲戒委員會懲戒在案及違反刑法 相關法規之情事	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------------------------------------	--

綜上審核結果：

資格符合 資格不符合 原因：_____

審核日期：

審核人員：

單位主管：