* **說明**
1. 依本院規定短期進修人員(進修期間未滿六個月)，除不可抗力因素外不得請假。
2. 具有醫療作業權限之進修醫師，請於「請假起始日**前**」將核可假單送達資訊室以暫停醫療作業權限。
3. 七天以內者，請呈訓練單位二級主管批核後，依序送會後續單位。
4. 七天以上者，請呈訓練單位一、二級主管批核後，依序送會後續單位。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請假人姓名 | 醫師燈號 | 請假 |
|  | DOC | 自 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時起 | 共計 |  天 |
| 至 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時止 | 小時 |
| 請假事由 |  | 代理人簽章 |
|  |
| 進修期限 | 自 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 起至 |  | 年 |  | 月 |  | 日止 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訓練單位 二級主管 | 訓練單位 一級主管 | 資訊室(限無醫師醫療作業權限者限者免會) | 教學部 |
|  |  |  |  |

(此聯核准後由請假人貼放辦公桌面上備查)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

進修醫事人員請假單

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請假人姓名 | 醫師燈號 | 請假 |
|  | DOC | 自 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時起 | 共計 |  天 |
| 至 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 時止 | 小時 |
| 請假事由 |  | 代理人簽章 |
|  |
| 進修期限 | 自 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 起至 |  | 年 |  | 月 |  | 日止 |

(此聯核准後由教學部教學行政組存查)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訓練單位 二級主管 | 訓練單位 一級主管 | 資訊室(限無醫師醫療作業權限者限者免會) | 教學部 |
|  |  |  |  |