**114年度社團法人台灣成癮學會專科醫師訓練醫院評鑑辦法公告**

主 旨：公告114年度社團法人成癮學會專科醫師訓練醫院評鑑相關事項，如說明。

依 據：社團法人台灣成癮學會專科醫師訓練醫院綱要

說 明：

**一、報名資格：**

請見社團法人台灣成癮學會專科醫師訓練醫院綱要，第三章專科醫師訓練認定醫院之資格。

**二、評鑑方式：**

訓練醫院評鑑每年舉辦一次，評鑑分為書面審查及實地評鑑訪視兩部份。

**三、申請對象：**

**(一)參加**評鑑者，須填寫並繳交下列表件 (***一式三份***，相關表格請於本會網站下載)：

1.申請評鑑醫院之「成癮學會專科醫師訓練計畫書」（格式不拘），相關內容需依據本學會「專科醫師訓練醫院綱要」及該院之教學特色擬定。

2.成癮專科醫師訓練認定醫院評鑑\_自評表

3.表一\_成癮學會專科醫師訓練醫院狀況表

4.表二\_訓練計畫主持人申請表

5.表三\_核心指導醫師申請表

6.表四\_成癮專科訓練醫院指導人員登記

7.表五\_受訓醫師登記表

8.表六\_年度新增受訓醫師申請表

9.表七\_成癮專科醫師訓練內容概要表

（新申請訓練醫院評鑑，未收訓訓練醫師者，免填表五至表七）

**四、報名日期：**114年3月15日前（以郵戳為憑），申請醫院於截止收件時間前將書面資料郵寄至台灣成癮學會秘書處，[並將成癮專科醫師訓練認定醫院評鑑自評表的電子檔寄至taiwansas@gmail.com](mailto:並將成癮專科醫師訓練認定醫院評鑑自評表的電子檔寄至taiwansas@gmail.com)。書面審查通過後將安排實地評鑑訪視。

**五、報名費用：須於114年3月15日前繳交書面審查費：5,000元，待書面審查通過後會再行通知繳交實地評鑑訪查費15,000元。**

帳號：50071922，戶名：社團法人台灣成癮學會

**六、寄件地址：請將文件及繳款證明影本掛號郵寄至台灣成癮學會。**

地址：114台北市內湖區成功路二段325號精神醫學大樓4023室。

電話：02-87923311轉10408或10409

**七、注意事項：**書面資料請勿用訂書針或膠裝方式裝訂。