

照顧管理人員資格訓練(36小時)師資同意書(範本)

講師姓名：_____ 講師身分證字號：_____ (外國人請填護照號碼)

聯絡電話：_____ 電子郵件：_____

通訊地址：_____

授課名稱：

- ☐溝通與協調 ☐感染管制 ☐人身安全 ☐倫理議題 ☐社區服務資源的連結
- ☐身心障礙者的需求分析及資源連結 ☐失智者的需求分析及資源連結
- ☐家庭照顧者與特殊個案家庭需求分析及資源連結 ☐復能專業服務及資源連結
- ☐輔具與居家無障礙環境服務及資源連結 ☐服務品質之評估與監測
- ☐照顧會議的意義與方法 ☐個案研討

同意刊登個人資料於照顧管理人員資格訓練師資庫，以供訓練單位邀請聯繫擔任課程講師：

☐是 (請詳閱下列事項) ☐否

衛生福利部(下稱本部)為提供教育訓練講師管理服務，依據個人資料保護法第8條規定，告知您以下事項：

- 1、 蒐集目的:為本部、地方政府及包含委託民間團體辦理照顧管理人員資格訓練單位，提供教育訓練講師管理服務。
- 2、 個人資料類別：
 - (1) 識別類:姓名、住址、電子信箱、電話。
 - (2) 其他:經歷。
- 3、 個人資料利用期間、地區、對象及方式:於蒐集個人資料目的存續期間，供本部、地方政府及包含委託民間團體辦理照顧管理人員資格訓練單位於臺灣轄區內不限於以書面或電子等方式優先洽詢教育訓練講師管理服務。
- 4、 您得行使權利及方式:查詢或請求閱覽、製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除。若您欲執行上述權益時，請聯繫衛生福利部長照司照顧管理人員業務承辦人，連絡電話：8590-6666。
- 5、 您拒絕提供個人資料所致權益影響:如您不同意本部、地方政府及包含委託民間團體辦理照顧管理人員資格訓練單位蒐集、處理或利用個人資料將無法審核與建構，可能無法提供擔任教育訓練講師

講師本人親筆簽名：_____ 填寫日期：_____