

# 臺北醫學大學 口腔醫學院 函



地址：11031 台北市信義區吳興街 250 號

承辦人：張幼佳

電話：(02)27361661#5119

傳真：(02)27362295

電子信箱：yachia@tmu.edu.tw

**受文者：如正、副本**

發文日期：中華民國 108 年 10 月 02 日

發文字號：108 口腔（忠）第 026 號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：北醫牙體技術學系實習生申請表

主旨：臺北醫學大學牙體技術學系 108 學年度實習單位申請實習生事宜，敬請惠予轉知相關牙體技術所並張貼公告，請查照。

說明：

- 一、臺北醫學大學牙體技術學系(以下稱本系)為增加學生實習單位場域之多元性及對所學技術之了解及應用，敦請各牙體技術所提出本系實習生之申請。
- 二、本系實習時間為每年 2 月 1 日至 5 月 31 日，為期四個月。各單位實習人數不一，依據實習單位提出之需求並經本系會議通過後決議。
- 三、有意申請為本系之實習單位者，懇請於 108/10/15 前填妥附件之申請表，以 email 方式寄至電子郵件 yachia@tmu.edu.tw，或以紙本的方式寄回 110 臺北市信義區吳興街 250 號臺北醫學大學牙體技術學系。有任何問題歡迎於上班時間撥打 02-27361661#5119 或 email 至上述信箱詢問。

正本：中華民國牙體技術師公會全國聯合會、中華民國牙體技術學會  
副本：臺北醫學大學牙體技術學系

院長 **鄭信忠**

## 敬愛牙技先進您好：

感謝您對**臺北醫學大學—牙體技術系**的支持！

本系大學部學生將於每年12月起開始分發實習。實習為一梯次；自隔年02月至05月，共計4個月。為了符合國家考試實習認定基準辦法，請貴實習單位申請實習生時附**以下相關資料**：

- (1) 貴單位實習生指導老師資料，如為牙技師則請附**牙體技術師執照影本**，如為牙醫師則請附**牙醫師執照影本**。**且須具備臨床實務工作經驗2年以上。**
- (2) 具有**合格營業登記之牙體技術所、鑲牙所、醫療院所之執業影本**(登記之公司名稱須相同)，**其餘營業登記之執業影本不可。**
- (3) 在實習訓練(指導)計劃裡，煩請填寫實習內容時須包含有以下三個領域：**固定鑲復技術至少160小時、活動鑲復技術至少80小時及矯正鑲復技術至少80小時等。**

附件為『**臺北醫學大學牙體技術系—實習合作計畫暨實習生申請表**』乙份，煩請貴單位於收到本表格後儘速填寫並回寄本系，以利資料統合，感謝您！若您有熟識其他優質且能幫助本校牙技學生成長的牙技實習單位，也請推薦給我們。

我們由衷感謝您的支持！您的支持與指教將會是本系成長的最大動力。如有任何問題，歡迎隨時與本系聯繫，誠摯感謝您的協助！

沈永康 主任 敬上

電話：(02)27361661#5119

本校地址：臺北市信義區吳興街250號



# 臺北醫學大學 牙體技術系

## 【實習合作計畫暨實習生申請表】

牙體技術所/ 醫療院所名稱				單位負責人	
開業執照字號				負責人牙體技術師 (生)/醫師證書號	
單位地址					
牙體技術所空間	<input type="checkbox"/> 面積_____平方公尺 <input type="checkbox"/> 技工桌座位_____位				
聯絡電話 ( )				聯絡手機	
電子郵件				主要營業項目	<input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 牙材
員工人數	<input type="checkbox"/> 員工 人 <input type="checkbox"/> 其他兼職 人，正式員工中具備 <input type="checkbox"/> 牙體技術師 人 <input type="checkbox"/> 牙體技術生 人 <input type="checkbox"/> 醫師_____人				
實習生之人數	<input type="checkbox"/> 臺北醫學大學_____人 <input type="checkbox"/> 其他學校_____人 <input type="checkbox"/> 另提供寒暑假非實習學生之見習_____人				
負責人經歷	服務機構名稱	工作內容	服務期間	年資	
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
實習生上班時間 暨休假方式	<input type="checkbox"/> 周一~周五上午 ____ : ____ ~ ____ : ____ 下午 ____ : ____ ~ ____ : ____ <input type="checkbox"/> 周六 上午 ____ : ____ ~ ____ : ____ 下午 ____ : ____ ~ ____ : ____ <input type="checkbox"/> 周六隔周休 <input type="checkbox"/> 其他：				
	實習生保險加保： <input type="checkbox"/> 是（保險種類：_____） <input type="checkbox"/> 否				
	備有實習生宿舍： <input type="checkbox"/> 免費 <input type="checkbox"/> 收費 <input type="checkbox"/> 提供住宿資訊由實習生自理				
福利措施	備有實習生餐飲： <input type="checkbox"/> 午餐 <input type="checkbox"/> 晚餐 <input type="checkbox"/> 實習生自理				
	備有實習津貼： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
學術及其他交流	業界參訪意願： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	產學合作意願： <input type="checkbox"/> 是（本系將儘速派人聯繫） <input type="checkbox"/> 否				
	短期見習合作意願： <input type="checkbox"/> 是（ <input type="checkbox"/> 兩週 <input type="checkbox"/> 一個月 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 否				
	其他合作意願： <input type="checkbox"/> 是（請簡述_____） <input type="checkbox"/> 否				

**敬請檢附：牙體技術師/生證書影本 和 開業執照影本**

## 單 位 相 片 黏 貼

※請附上單位內部工作環境相片兩張。其他相片一張(例：員工休憩室、會議室...等)。

照片一

照片二

照片三

## 實習訓練規劃

固定履復技術訓練規劃：(請簡述)

---

---

---

活動履復技術訓練規劃：(請簡述)

---

---

---

矯正履復技術訓練規劃：(請簡述)

---

---

---

其他訓練規劃：(請簡述)

---

---

---

---

## 專門職業及技術人員高等考試牙體技術師考試實習認定基準

牙體技術師考試實習認定基準，依應考人所繳驗之畢業證書所載之畢業日期，並依下列規定辦理：

第一階段：民國 99 年 7 月 31 日以前畢業者適用。應考人畢業證書須載明經實習期滿成績及格或出具登錄有實習學分及成績之學校成績單。

第二階段：民國 99 年 8 月 1 日至民國 102 年 7 月 31 日畢業者適用。實習採計標準係於合格醫療院所、鑲牙所、牙體技術所或其他實際從事牙體技術業務之相關機構等場所，應在具有 2 年以上實務工作或教學經驗之人員指導下，從事固定、活動與矯正贗復物製作達 4 學分或 144 小時以上。

第三階段：民國 102 年 8 月 1 日以後畢業者適用。其實習項目、實習時數、實習內容、實習場所（條件）與指導實習之牙醫師、牙體技術師條件如下：

### 1、實習項目、實習時數及實習內容：

實習項目	實習時數	實習內容
固定贗復技術	160 小時	牙冠牙橋、瓷牙等
活動贗復技術	80 小時	全口活動、局部活動等
矯正贗復技術	80 小時	平行模、維持器、擴大裝置等

2、實習場所的條件：於合格醫療院所、鑲牙所、牙體技術所等場所實習。

3、實習應在領有牙醫師、牙體技術師執照且具 2 年以上實務工作經驗之人員指導下進行。