**105年國民健康署委託母乳哺育種子講師培訓計畫**

培訓申請表

一、 基本資料

姓名： 出生年次： (民國)年，性別：□女 □男

電話（公）： 手機： 電子郵件：

聯絡地址：

參與母乳哺育服務年資：共約 年（起迄 年至 年）

最高學歷：□專科(現任職離島、偏鄉之申請)□大學（二、四技），□碩士(進修中)，□博士(進修中)

母乳哺育相關專業團體(協會、學會)之會員經該專業團體之理監事會議審查通過並同意推薦者請寫出貴協會(學會)名稱：

現職（醫事機構或機關全銜）： （請依開業執照登錄名稱詳填）

服務部門： 職稱： 單位服務年資：共約 年

現任職之醫事機構是否已認證為「母嬰親善醫療院所」？□是，□否。

推動母乳哺育是您目前主要的工作業務？ □是，□否。

您是否能自行設計教學簡報，並注意引用之資料、數據的來源？ □是，□否。

二、 參與培訓動機與培訓後期望

|  |
| --- |
| 參與培訓動機： □工作單位指派，□個人爭取，其他(請說明)：  **請以50字左右簡要回應下述提問：** |
| **個人對本培訓課程的想法：** |
| **培訓後期望：** |
| **培訓後期望學會對母乳哺育專業資訊及資源之提供需求（可複選）：**   * 母乳哺育相關專業訊息 * 學習資源 * 教學資源 |