

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：洪榆婷
電話：04-25265394分機2412
電子信箱：hbtcm01698@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國113年2月20日
發文字號：中市衛保字第1130019339號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明四 (387140000I_1130019339_ATTACH1.pdf、
387140000I_1130019339_ATTACH2.pdf)

主旨：函轉台灣母乳哺育聯合學會113年辦理「母乳哺育支持團體帶領人培育」，請協助周知並鼓勵所屬踴躍參加，請查照。

說明：

- 一、依據113年2月16日台灣母乳哺育聯合學會數位母乳學字第1130000014號函辦理。
- 二、課程相關資訊說明如下：

(一)北區：

- 1、時間：113年4月20日(星期六)至4月21日(星期日)上午8時20分至下午5時。
- 2、地點：台北市立聯合醫院和平婦幼院區(婦幼院區)醫療大樓二棟八樓(臺北市中正區福州街12號)。

(二)南區：

- 1、時間：113年5月25日(星期六)至5月26日(星期日)上午8時20分至下午5時。
- 2、地點：國立成功大學醫學院附設醫院門診大樓 301會



議室(台南市北區勝利路138號)。

三、報名方式：

(一)採線上報名，報名網址：<https://forms.gle/GoNPFGjYmfcryDbk8>，報名辦法詳見報名簡章。

(二)報名截止時間：

1、北區：113年3月15日(星期五)下午5時，3月22日(星期五)公告錄取名單於學會網站。

2、南區：113年4月8日(星期一)下午5時，4月17日(星期三)公告錄取名單於學會網站。

四、檢送原函及報名簡章各1份，如有疑義或未盡事宜，請逕洽台灣母乳哺育聯合學會翁小姐，電話：(02)23813438。

正本：臺中市診所協會、臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會、社團法人臺中市醫師公會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、臺中市助產師助產士公會、社團法人臺中市護理師護士公會、臺中市大臺中護理師護士公會、臺中市產後護理之家、臺中市各區衛生所

副本：本局保健科



台灣母乳哺育聯合學會 函

地址：100台北市中正區常德街1號(景福館)201A

承辦人：翁櫻瑄

電話：02-23813438

受文者：臺中市政府衛生局

發文日期：中華民國113年2月16日

發文字號：數位母乳學字第1130000014號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1130000014_Attach1.pdf)

主旨：本會承接衛生福利部國民健康署「113年母乳哺育種子講師培訓計畫」，將辦理「母乳哺育支持團體帶領人培育」，敬請轉知並鼓勵及推薦轄區內相關人員報名參加，請查照。

說明：

- 一、母乳哺育支持團體帶領人訓練日期：(一)北區日期：113年4月20日(週六)－4月21日(週日)08：20-17：00 地點：台北市立聯合醫院和平婦幼院區(婦幼院區)醫療大樓二棟八樓(臺北市中正區福州街12號) (二)南區日期：113年5月25日(週六)－5月26日(週日)08：20-17：00 地點：國立成功大學醫學院附設醫院門診大樓 301會議室(台南市北區小東路35號)
- 二、報名方式：採線上報名，報名網址：<https://forms.gle/GoNPFGjYmfcryDbk8>
- 三、報名截止日期與時間：北區：113年3月15日(週五)17：00。3月22日(週五)公告錄取名單於學會網站。南區：113年4月08日(週一) 17：00。4月17日(週三)公告錄取名單於

保健科 收文：113/02/16



141130019339 有附件

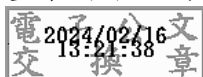


學會網站。

四、檢附報名簡章乙份。

正本：宜蘭縣政府衛生局、基隆市衛生局、新北市政府衛生局、臺北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、新竹市衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、嘉義市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生福利局、臺東縣衛生局

副本：



裝

訂



線



113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

支持團體帶領人培育 報名簡章

一、辦理單位：

- (一) 主辦單位：衛生福利部國民健康署
- (二) 承辦單位：台灣母乳哺育聯合學會
- (三) 協辦單位：台北市立聯合醫院和平婦幼院區(婦幼院區)

國立成功大學醫學院附設醫院門診大樓 301 會議室

二、參加對象：由衛生局推薦-母乳志工、母乳支持團體帶領人、醫護人員、衛生局所人員。

三、目的：

- (一) 說明母乳哺育支持團體帶領人角色、職責與功能。
- (二) 展現母乳哺育支持團體帶領人必備知識與技能。
- (三) 執行母乳哺育支持團體帶領人間情感交流與經驗分享。
- (四) 討論母乳哺育支持團體帶領人可能面臨之困境與因應。

四、訓練日期與地點：

- (一) 北區日期：113 年 4 月 20 日(週六)－4 月 21 日(週日)08：20-17：00

地點：台北市立聯合醫院和平婦幼院區(婦幼院區)醫療大樓二棟八樓(臺北市中正區福州街 12 號)

- (二) 南區日期：113 年 5 月 25 日(週六)－5 月 26 日(週日)08：20-17：00

地點：國立成功大學醫學院附設醫院門診大樓 301 會議室(台南市北區勝利路 138 號)

五、名額：每區 30 名

六、報名資格：需符合下列第一~四項。

具國民健康署母乳哺育種子講師身分者，請檢附效期內證書影本，可抵免下列第(一)至(三)項證明。

(一) 學經歷：

- 1. 醫護相關科系畢業，且需具備以下條件：

- 專科學歷且至少7 年(含)以上工作經歷
- 大學學歷且至少5 年(含)以上工作經歷
- 碩士學歷以上且至少3 年(含)以上工作經歷

醫護相關系所大學(含)學歷以上畢業或碩士(含進修中)以上尤佳，若研究所進修中，請另檢附在學證明或學生證正反面影本。

- 2. 具有臨床照護母嬰專科經驗二年(含)以上，以五年以上者為優先。

(二) 具醫事人員相關專業證照。

(三) 母乳哺育相關研習證明：5 年內參加不同主題之母乳哺育相關研習課程，至少 21 小時(含)以上(相同主題以 1 小時計算)。

(四) 機構支持：需經機構或主管推薦且同意參與 14 小時完整培育及培育後的帶領支持團體。完訓後，機構或主管同意除在原機構並可支援其他機構或社區帶領支持團體。

(五) 曾多次參與母乳哺育支持團體者尤佳。

七、其他事項：

- (一) 全程免費(經費由國民健康署菸品健康福利捐支應)，額滿為止。若有報名額滿、課程取消或改期等情況，則另通知。
- (二) 本培育提供午餐，素、葷食請於報名時同時填報，不受理異動。

八、報名方式：

- (一) 採線上報名，報名網址：<https://forms.gle/GoNPFgJYmfcrYDbk8>

- (二) 報名截止日期與時間：

北區：113年3月15日(週五)17:00，3月22日(週五)公告錄取名單於學會網站。

南區：113年4月08日(週一)17:00，4月17日(週三)公告錄取名單於學會網站。

- (三) 備審資料：1~8須完整，缺一則不符合審查條件，請於報名網址中一併上傳完整備審資料。

1. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育申請資料查檢表(附件2)。
2. 最高學歷畢業證書(附件2.1.1)，若研究所進修中，請另檢附在學證明或學生證正反面(附件2.1.2)。
3. 臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表(附件2.2)。
4. 醫事人員相關專業證照(附件2.3)。
5. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育-母乳哺育基礎及進階教育課程時數總表(附件2.4)。
6. 依照附件2.2總表，提供5年內(108年3月-113年3月)完成之母乳哺育專業研習之時數證明影本，或提供衛生福利部醫護人員繼續教育積分或研習證明(附件2.4.1)。
7. 在職證明(附件2.5)。
8. 113年母乳哺育支持團體帶領人培育機構同意書(附件2.6.1)或113年母乳哺育支持團體帶領人培育相關專業團體推薦書(附件2.6.2)，可擇一。
9. 具母乳哺育種子講師身分者，請出示效期內證書影本(附件2.7)，可抵免上述第2-7項(附件2.1~附件2.5)證明文件。

※以上所有佐證資料檔名請依 姓名_附件編號 命名，以利查驗。

※請依照【申請資料查檢表】核對所有資料之完整性，報名截止後，恕不接受相關資料補件。

- (四) 報名資料若不完整，並將以不錄取辦理。

- (五) 報名備審資料僅供報名資格查證及供專家審查專用。

- (六) 如有報名資料與事實不符，且經查證屬實，本會將取消其培育資格。

九、獲得結訓證明必須完成以下(一)至(三)項，若未繳交將不發給結訓證明，並通知機構：

- (一) 兩天的實體課程間完成前、後測。

- (二) 受訓後二週內完成心得一篇並 Email 至聯絡窗口信箱 (至少 500 字)

(1) 今日我聽到？看到？令我難忘的感受？活動過程中我學到？

(2) 未來我將如何應用所學？我可以怎麼做？

(3) 對未來母乳哺育支持團體帶領人培育活動的建議(方式及主題等)。

- (三) 受訓後三個月內完成帶領母乳哺育支持團體至少一場，至少錄影 30 分鐘，並將錄影結果上傳至指定 Google 表單，後續訓練導師將以小組為單位針對實地帶領進行討論與反饋。

- (四) 結訓證明將於課後作業審核完畢後以 Email 寄發。

十、聯絡窗口：breastfeedingtrainer@gmail.com；專線 02-23813438 (翁小姐)

十一、注意事項：

- (一) 請務必填寫正確電子信箱地址，**學會將以 E-mail 通知上課訊息。**
- (二) 各場名額有限，如學員報名後，於開課前有事無法參加，請與承辦人聯繫。
- (三) 為配合政府響應環保政策，請當天與會人員自備環保杯，感謝配合。
- (四) 參加的學員須於上、下午第一堂課開始前辦理簽到，課程全部結束後辦理簽退，若未依前述規定辦理簽到及簽退者，將無法給予護理人員教育積分時數或教育訓練證明。

十二、 訓練內容

第一日 課程時間	主題	主講者/主持人	
		北區場	南區場
08:20-08:30	報到		
08:30-08:45	前測		
08:45-08:50	母乳哺育支持團體帶領人訓練計畫說明	郭素珍教授	郭素珍教授
08:50-09:40	破冰-認識彼此在團體中的意義與應用	林晶晶督導	胡怡芬衛教師
09:40-10:30	支持團體的意義與功能及運作	李怡燁護理長	賴美玲主任
10:30-10:40	休息		
10:40-11:30	母乳諮詢技巧運用及分享	王嘉慧督導	孫嘉雲護理師
11:30-12:20	團體動力的原理在母乳哺育支持團體的運用	郭素珍教授	郭素珍教授
12:20-13:20	午餐		
13:20-14:10	支持團體影片評估與評量回饋 I	林晶晶督導	賴美玲主任
14:10-14:20	休息		
14:20-15:40	母乳諮詢技巧(分組)練習	王嘉慧督導 林晶晶督導 李怡燁護理長	胡怡芬衛教師 賴美玲主任 孫嘉雲護理師
15:40-16:20	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧督導 林晶晶督導 李怡燁護理長	胡怡芬衛教師 賴美玲主任 孫嘉雲護理師
16:20-16:50	綜合討論與評值	郭素珍教授	郭素珍教授
16:50-17:00	完成滿意度及心得評量		

第二日 課程時間	主題	主講者/主持人	
		北區場	南區場
08:20-08:30	報到		
08:30-12:00	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧督導 林晶晶督導 李怡燁護理長	胡怡芬衛教師 賴美玲主任 孫嘉雲護理師
12:00-13:00	午餐		
13:00-13:50 13:50-14:40	團體帶領技巧分組演練	王嘉慧督導 林晶晶督導 李怡燁護理長	胡怡芬衛教師 賴美玲主任 孫嘉雲護理師
14:40-14:50	休息		
14:50-15:40	母乳哺育支持團體帶領人帶領經驗分享	林晶晶督導	胡怡芬衛教師
15:40-16:30	支持團體影片評估與評量回饋 II	林晶晶督導	賴美玲主任
16:30-17:00	後測&完成滿意度及心得評量	郭素珍教授	郭素珍教授

講師簡介

- 郭素珍 臺北護理健康大學 護理助產及婦女健康系兼任教授 國民健康署母乳哺育種子講師
 林晶晶 新北市立土城醫院護理督導 國民健康署母乳哺育種子講師
 王嘉慧 惠心產後護理之家 護理督導 國民健康署母乳哺育種子講師
 李怡燁 國立台灣大學附設醫院門診護理長 國民健康署母乳哺育種子講師
 胡怡芬 台南市立醫院(委託秀傳醫療社團法人經營)衛教師 國民健康署母乳哺育種子講師
 賴美玲 大安婦幼醫院 主任 國民健康署母乳哺育種子講師
 孫嘉雲 聖樂產後護理之家 護理師 國民健康署母乳哺育種子講師

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

支持團體帶領人培育申請表

一、基本資料

姓名：_____ 生日：(民國)_____年____月____日 性別：女 男
電話(公)：_____ 手機：_____ 電子郵件：_____
聯絡地址：_____
現職機構或機關(請填寫醫事機構或機關全銜)：_____
(請依開業執照登錄名稱詳填)
現職機構或機關所在縣市：_____
服務部門：_____ 職稱：_____ 母嬰專科服務年資：共約__年__月
參與母乳哺育服務年資：共約__年(起迄____年至____年)
最高學歷：專科 大學(二、四技)
碩士(進修中) 碩士 博士(進修中) 博士
現職之機構是否通過母嬰親善醫療院所認證？是 否 不適用
推動母乳哺育是您目前主要的工作業務？ 是 否
是否擔任過支持團體帶領人？ 是 否

二、參與培育動機與培育後期望

參與培育動機：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：

個人對本培育課程的想法：

培育後對支持團體帶領人實踐的自我規劃：

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

支持團體帶領人培育-申請資料查檢表

資料準備	項目
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(1) 最高學歷畢業證書(附件 2.1.1)，若研究所進修中，請另檢附在學證明或學生證正反面(附件 2.1.2)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(2) 臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表(附件 2.2)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(3) 醫事人員相關專業證照(附件 2.3)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(4) 113 年母乳哺育支持團體帶領人培育-母乳哺育基礎及進階教育課程時數總表(附件 2.4)。
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(5) 依照附件 2.2 總表，提供 5 年內(108 年 3 月-113 年 2 月)完成之母乳哺育專業研習之時數證明影本，或提供衛生福利部醫護人員繼續教育積分或研習證明(附件 2.4.1)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(6) 在職證明正本(附件 2.5)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 團體推薦	(7) 113 年母乳哺育支持團體帶領人培育-機構同意書(附件 2.6.1)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機構同意	(8) 113 年母乳哺育支持團體帶領人培育-相關專業團體推薦書(附件 2.6.2)
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(9) 具母乳哺育種子講師身分者，請出示效期內證書影本(附件 2.7)，可抵免上述第 1-6 項(附件 2.1~附件 2.5)證明文件

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

支持團體帶領人培育-臨床照護母嬰專科經驗年資證明總表

機構名稱(全名)	單位	職稱	工作期間	小計
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月
◎目前是否仍在職： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
合 計： 年 月 (年資計算以月為單位，合計年資推算至113.02.28)				

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

支持團體帶領人培育-母乳哺育基礎及進階教育課程時數表

請確實填寫您五年內(108 年 3 月-113 年 2 月)母乳哺育相關研習證明，並依序檢附佐證資料及填妥佐證編號。

受訓日期	辦理單位	主題	時數(小時)	佐證編號
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
合計(小時)				

【主題：相同主題以 1 小時計算，表格不夠可自行增加】

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

母乳哺育支持團體帶領人培育機構同意書

本人及醫事機構(機關)已詳閱本次培育須知，含：申請培育資格、申請名額限制、申請培育報名方式及截止日期、培育後配合事項(受訓後三個月內完成帶領母乳哺育支持團體至少一場，並至少錄影30分鐘，繳交錄影結果及心得)。

本人(簽章)：

現職機構：

機構負責人簽名及簽章：

機構負責人職稱：

現職醫療/醫事機構(機關)印章(關防)：

中華民國 113 年 月 日

113 年母乳哺育種子講師培訓暨相關人員訓練計畫

母乳哺育支持團體帶領人培育相關專業團體推薦書

本學會(協會)經委員審查後同意推薦本會會員_____ (姓名)參與113年國民健康署委託母乳哺育支持團體帶領人培育，並已詳閱本次培育須知，含：申請培育資格、申請名額限制、申請培育報名方式及截止日期、培育後配合事項(受訓後三個月內完成帶領母乳哺育支持團體至少一場，並至少錄影30分鐘，繳交錄影結果及心得)。

受推薦人(簽章)：

推薦人姓名/(正楷)簽章：

推薦機構名稱：

母乳哺育相關專業團體學會(協會)印章(關防)：

中華民國 113 年 月 日