

# 新北市健康守護站申請書

填表日期：      年      月      日

藥局執照	藥局名稱：	統一編號：		
	負責人姓名：	機構電話： 機構傳真：		
	藥局地址：			
聯絡窗口	聯絡人：	<input type="checkbox"/> 同負責人	電話：	
	電子郵件：		手機：	
宣導面 (必選)	防毒保衛站、腦中風防治、幼兒專責醫師制度、生命教育、長照專線1966、失智症防治宣導、傳染病暨預注宣導、C 肝及癌篩檢宣導、營養宣導、兒童發展篩檢及評估鑑定、菸害防制宣導、青壯世代支持方案、社區心衛中心、心情檢測站			
服務面 (可選， 至少4項)	項目名稱	可選項目(請打勾)		證明文件
	1. 心情檢測轉介服務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 課程 <sup>*1</sup>	
	2. 巷弄長照站轉介服務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	3. 失智友善守護站	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 課程 <sup>*1</sup> 、 <input type="checkbox"/> 認同書 <sup>*2</sup>	
	4. 針具交換回收點	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	5. 愛滋快篩代售點	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	6. 愛滋慢箋領取點	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 課程 <sup>*1</sup>	
	7. 大腸癌篩檢轉介服務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 契約 <sup>*3</sup>	
	8. 長者功能評估(ICOPE)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 課程 <sup>*4</sup> 、 <input type="checkbox"/> 契約 <sup>*4</sup>	
9. 無障礙藥局	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 照片 <sup>*5</sup>		
倘欲異動項目/撤銷申請，請於30日內檢具申請書/說明書向藥師/藥劑生公會提出，由公會確認後轉至本局辦理。				
負責人簽名及蓋章：		<input type="checkbox"/> 社團法人新北市藥師公會，審核確認 <input type="checkbox"/> 新北市藥劑生公會，審核確認		
<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; display: inline-block;">           負責人 章戳         </div>		<div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; display: inline-block; width: 150px;">           機構 章戳         </div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 10px; display: inline-block; width: 150px; margin-left: 20px;">           公會 章戳         </div>		

備註說明：

- 1、心情檢測轉介服務、失智友善守護站、愛滋慢箋領取點請提供相關課程完訓畫面，可拍照或截圖後列印(如附件1，圖1)，課程如下。
  - A. 心情檢測轉介服務：<https://elearn.hrd.gov.tw/info/10033249>
  - B. 失智友善守護站：  
[https://www.missing.ntpc.gov.tw/w/missing/learning\\_23020910493187971?id=23020910493225473](https://www.missing.ntpc.gov.tw/w/missing/learning_23020910493187971?id=23020910493225473)
  - C. 愛滋慢箋領取點：
    - i. 愛滋指定醫事機構每年應接受愛滋相關繼續教育訓練達十小時(學分)以上，其中藥師接受愛滋治療藥品相關之課程時數不得低於四小時(學分)。
    - ii. 線上課程請至「e等公務園+學習平台」  
<https://elearn.hrd.gov.tw/mooc/index.php> 搜尋「愛滋」相關課程。
    - iii. 實體課程請至辦理繼續教育相關單位上課。
- 2、失智友善守護站請於完成相關課程後，至「失智友善守護站意願認同書」線上表單 <https://reurl.cc/5dGq3v> 申請加入，並檢附提交表單後之確認訊息畫面，可拍照或截圖後列印(如附件1，圖2)。
- 3、大腸癌篩檢轉介服務請提供契約影本。
- 4、長者功能評估(ICOPE) 請提供契約影本及400分鐘線上課程完訓證明
- 5、無障礙藥局入口處坡度能夠供輪椅使用者或其他行動不便者便於進出，另請使用捲尺量測藥局門口與主要通路走廊寬度及服務櫃台桌板高度(新設藥局出入口寬度不得小於150公分；既有藥局門口寬度不得小於90公分。室內通路走廊不得小於120公分；若因結構問題無法改善，則寬度不得小於90公分。櫃台高度台面距地板面介於70-80公分)，並拍照貼於附件2。

中華民國 113 年 08 月 14 日

# Certificate of Completion

## 通過認證時數證書

通過年度： 113 年 通過期間： 113/08/14-113/08/14

身分證字號：

姓名：

下列課程成績合於規定

序號	課程編號	課程類別	課程名稱	通過日期	通過認證時數
1	PNTPC113100010	開放式	幸福捕手專業版	113/08/14	1.0

頁數：1/1 總計時數：1.0



圖1、線上課程時數證明

docs.google.com/forms/u/0/...

### 失智友善守護站意願認同書

歡迎您申請加入新北市失智友善守護站行列!!

申請成為守護站後將於每週四新增至本市失智友善守護站清單，爾後若第一線人員發現民眾有疑似失智症症狀，可進行轉介，將由各區衛生所進行疑似個案發掘及體檢。

轉介連結(不須帳號密碼):  
<https://careyou.ntpc.gov.tw/Authority/CaseInformMain#no-back-button>

[修改回覆內容](#)  
[提交其他回覆](#)

Google 並未認可或建立這項內容，[瞭解更多情形](#) - [回報條款](#) - [隱私權政策](#)

Google 表單

圖2、提交表單後之確認訊息畫面

## 無障礙藥局照片

附件2

藥局名稱		地址	
門口地面		門口	
入口處坡度能夠供輪椅使用者或其他行動不便者便於進出		新設藥局出入口寬度不得小於150公分；既有藥局門口寬度不得小於90公分。	
主走道		櫃台	
室內通路走廊不得小於120公分；若因結構問題無法改善，則寬度不得小於90公分。		櫃台桌板高度介於70-80公分	