

國立空中大學 推廣教育中心

社會工作實習、社會福利實習課程 因應疫情防疫配套措施

學員同意書

(1110301 修)

為因應嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 疫情，及考量學生修讀社會工作實習、社會福利實習課程需求，特訂定本防疫配套措施，於疫情警戒期間開設之實習課程，請依本措施為處理原則辦理，降低疫情傳播風險，防疫措施係配合政府機關規定實施，如遇政府機關修正相關規定，課程亦將配合修正，學員應配合辦理。

一、團督及個督原則上採實體授課，應符合下列辦理原則：

- (1)採固定座位、固定成員方式進行，落實實聯制，並於團督課程、實習期間配合填寫自我健康監測表。(如附件一、二)
 - (2)授課教師及學生應全程佩戴口罩且落實手部消毒，上課期間禁止飲食。
 - (3)教室應保持通風良好及清消紀錄表，上課使用操作設備機具須妥善消毒。
 - (4)學員若有經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書或本身疑似為新冠肺炎症狀感染者，一律禁止到校上課且須主動告知開課中心，得以採遠距視訊上課(需檢附相關證明);若學員收到細胞簡訊、有足跡重疊等原因者，需自費 PCR 檢測陰性後(需出示證明)，才得到校上課；若無經 PCR 檢測者一律禁止到校上課，該堂課計入缺席時數中，不得改以視訊上課。
 - (5)學員若無法配合現場防疫措施，致影響課堂秩序或危害他人安全經勸導不聽者，開課中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。
- ※以上防疫管理措施依照中央疫情指揮中心公告及政府相關防疫規定配合辦理。

備註-個督原則：

- (1)依授課教師所訂定之時段，採預約制。
- (2)於寄發開課通知時會附加個督時間表，並於第一堂團督時由老師協調學員個督時間。(如附件三)

二、於疫情警戒期間辦理實習課程，除符合實習辦法規定其報名學員應符合以下條件：

- (1)學員需完成疫苗第二劑接種且滿 14 日。**(須出示接種證明)**
【若經醫生評估且開立不建議施打疫苗者，一律採 PCR 檢測陰性後，始符合報名資格，另於實習課程期間須自費每週一次 PCR 檢測陰性，才得至機構實習與參與學校團督/個督課程。除前述情況外，需施打兩劑疫苗且滿 14 日才具報名資格。(凡 PCR 檢測結果皆須出示證明)】
- (2)學員不得跨區域實習，居住地、機構及開課中心應於同一劃定範圍，以北北基宜、桃竹苗、中彰投、雲嘉南、高屏、花東為劃分區域，離島學員可自行選擇鄰近中心報名。

三、退費標準及退費辦法：

為確保學生校外實習健康安全，如因疫情嚴峻，學校保有停止開課、中止實習、隨時調整防疫配套等一切必要措施之權利。

- (1)若因疫情警戒停課超過3個月，始開放學員申請退費，退費以實際上課次數(專業知能強化課程、實習團體督導及實習成果發表會共計6次課程)按比例退還;未申請退費學員則待疫情警戒減緩後繼續完成實習課程。
- (2)學員因疫情警戒停課申請退費後，視同放棄該次課程至機構實習時數及上課時數，若再次報名修讀實習課程，機構實習及上課時數皆需重新計算，不得累計。
- (3)除第一項情況外，退費一律依據國立空中大學推廣教育實施辦法第15條辦理。

四、學員至機構實習期間，須遵守配合實習機構之防疫措施;實習期間學員若有任何問題請主動聯繫通知開課中心。

五、因應新冠肺炎疫情，實習課程相關防疫措施，配合政府規定滾動式修正，學員應於報名時簽署「實習課程防疫配套措施-學員同意書」，未同意者不得選修本中心實習課程。一旦報名繳費視同同意配合，報名後請留意相關公告或通知，如無法配合或違反相關防疫措施，本中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。

社會工作實習、社會福利實習課程防疫配套措施 學員同意書

立書人 _____ 已詳閱國立空中大學推廣教育中心社會工作實習、社會福利實習課程因應疫情防疫配套措施，學員同意課程期間配合相關規定且不得異議，如無法配合或拒絕配合相關防疫措施，本中心得拒絕其參訓或予以退訓，且不退費。

此致 國立空中大學○○中心

立書人： _____

身份證字號： _____

聯絡電話： _____

通訊地址： _____

緊急聯絡人： _____ 關係： _____ 聯絡電話： _____

中 華 民 國 年 月 日

國立空中大學推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程

團督課程-自我健康監測紀錄表(學員及工作人員)

1110114 製

開課中心: 校本部 課程季別/名稱: ***-* 社工/福實習

課程日期: 年 月 日 星期 課程時間: : - :

備註: 團督第一次

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				症狀編號: A.發燒 B.喉嚨痛 C.呼吸急促 D.咳嗽 E.流鼻涕 F.肌肉痠痛 G.倦怠 H.頭痛 I.嘔吐 J.腹瀉 K.皮膚紅疹 L.眼睛紅 M.咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N.嗅覺、味覺異常 O.其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施	TOCC 備註	
1	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
2	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
3	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
4	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
5	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
6	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
7	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
8	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
9	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	

*疫情期間詢問症狀與 TOCC【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				TOCC 備註	症狀編號: A. 發燒 B. 喉嚨痛 C. 呼吸急促 D. 咳嗽 E. 流鼻涕 F. 肌肉痠痛 G. 倦怠 H. 頭痛 I. 嘔吐 J. 腹瀉 K. 皮膚紅疹 L. 眼睛紅 M. 咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N. 嗅覺、味覺異常 O. 其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施			
10	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
11	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
12	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
13	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
14	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
15	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
16	(授課教師)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		
17	(工作人員)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____ <input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無		

※疫情期間詢問症狀與 TOCC【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

※因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。

工作人員：

中心承辦人：

國立空中大學推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程

學員實習期間-自我健康監測紀錄表 (____年)

1110301修

同學您好【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

1. 因應COVID-19本土疫情，請使用「自我健康監測」紀錄表，主動紀錄當日體溫與健康情況，並於每次團督課程時繳回至開課中心，以備存查。
2. 若出現發燒、呼吸道症狀、腹瀉或嗅味覺異常等疑似新冠肺炎症狀，應確實佩戴口罩，儘速就醫，且不得搭乘大眾交通運輸工具。如就醫經醫院安排採檢者，返家後於接獲檢驗報告結果前，應留在住居所不可外出並主動告知開課中心。

落實個人防護措施，主動積極配合各項防疫規範，以兼顧防疫與生活品質。謝謝您的配合！

國立空中大學 ○○中心 關心您！

姓名		聯絡電話		姓名				通訊地址			
日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
1	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
2	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
3	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
4	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
5	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
6	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
7	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
8	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
9	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
10	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
11	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
12	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
13	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
14	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
15	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
16	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
17	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
18	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
19	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
20	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
21	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
22	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
23	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
24	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
25	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
26	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
27	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
28	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
29	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								
30	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y								

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
31	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							

國立空中大學 推廣教育中心

社會工作實習、社會福利實習課程實習個督紀錄表

1110118製

開課中心		學校督導 教師	
課程名稱			

一、個督時間：每次固定2小時，需進行至少8次實習個別督導工作

(※8次個督的總計時間應含括該班所有實習學生)。

二、學校督導教師開放個督時段：

次	個督日期	個督時間	學員姓名
第一次		時 分 至 時 分	
第二次			
第三次			
第四次			
第五次			
第六次			
第七次			
第八次			

承辦人簽章：

督導教師簽章：