

MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

www.midwiferybridging.ca

省際助產士過渡性計劃 (MMBP) 申請人 關於提供助產士教育課程情況的請求

給申請人的填寫指南：

請填寫第一部分，然後將該部分寄給一位能夠提供關於你研讀過的助產士課程和你在其中的經歷詳情的主管該課程的負責人。

第一部分（由申請人填寫）

申請人全名：：

曾用名(如果與你的申請有關係的話)：

：

生日：

你打算申請去執業的省份或領地省：

助產士教育機構名稱：

學號 (如果有的話)：：

畢業日期：

本人授權以上所列助產士教育機構向省際助產士過渡性計劃 (MMBP) 提供本應保密的材料。本人同意這些機構中與本人提交的省際助產士過渡性計劃申請有關的人士之間的通信聯繫是特許保密的，本人放棄要求向本人披露該內容的權利。

關於助產士課程背景情況資料

第一部分所提到的申請人已經申請參加“省際助產士過渡性計劃” (MMBP) 並且打算在第一部分中提到的省份或領地省以註冊助產士資格執業。這個註冊前的過渡性課程旨在於幫助在其他國家研讀過助產士課程的人士在申請在加拿大以助產士資格執業時候可以“銜接”或者填補她們知識或者技術上的不足

省際助產士過渡性計劃評估員在決定申請人是否符合資格就讀這個課程時，將使用本表所提供的資訊。能否有資格就讀這個課程的一個方法是提供她們曾經研讀過的助產士課程的證明。

給助產士課程教育機構的填寫指南：

1. 請填寫申請表的第二部分。您可以附上書面文件來回答一些問題，但那些注有星號的問題則必須在這份表上填寫。
2. 如果在你們的網站沒有關於你們的教育課程的附加資料，請您附上該課程的書面描述。
3. 將此申請表以及任何證明文件郵寄或遞送至以下的地址。不要將申請表提供給申請人，因為這樣會使得申請表無效。

請直接寄至以下地址：

THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJEC
C/O COLLEGE OF MIDWIVES OF BC
210 – 1682 West 7th Avenue
Vancouver, BC V6J 4S6
Canada

電話號碼： 604-742-2232 或者 1-888-642-2232 （免費撥打）

謝謝您的幫助。

第二部分 （由助產士課程教育機構填寫）

*機構名稱：

*助產士課程名稱：

地址：

網站地址（如果有的話）：

課程學習時間：

* 理論教學和臨床實習課時：

	申請人畢業該年對畢業的最低要求	申請人完成有多少課時
理論課時		
臨床實習課時		

* 請提供申請人臨床實習機構名稱 和實習日期：

畢業要求：

*完成畢業要求的日期：

*授予申請人的資格：

請提供**申請人當學生時期**的課程概況描述（如果可能的話，其中應包括關於課程構成部分和時間範圍的大綱，課程表，課程的指導思想和目標以及助產士課程專業能力的簡介）

附加情況/評論：

本表填寫人的名字和專業職稱：

地址：

電話號碼：

電郵地址：

簽名：

日期：