

省際助產士過渡性計劃(MMBP) 申請人  
典型臨床實踐經驗描述

給申請人的填寫指南：

你可以用這個表從曾經僱傭你擔任助產士工作的衛生保健機構（例如：醫院，診所或者接生中心）取得你的臨床經驗證明。如果該機構已經沒有你的臨床經驗的詳細記錄的話，那麼這個表會對你特別有用。

請填寫下面第一部分的表格，並且將該表的複印件寄給你曾經受僱作為助產士工作過的機構。

**PART I 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）：

雇主名稱：

你打算去執業的省/領地省：

申請人工作過的衛生保健機構名稱：

雇員號碼（如果有的話）：

僱傭日期：

本人授權以上機構的一位代表向省際助產士過渡性計劃披露本應保密的材料。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。

申請人簽名：

日期：

**背景資料**

申請人已經申請參加“省際助產士過渡性計劃”，打算在第一部分所示的省/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。為了能夠有資格進行註冊和參加“省際助產士過渡性計劃”，申請人必須提供她的助產士臨床經驗證明。

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參加這個計劃的時候，將使用本表所提供的資訊。能否有資格參加這個計劃的一個方法包括提供該申請人的臨床實踐經驗描述。

## 給雇主的填寫指南

**注意:** 如果您是通過電子郵件收到這個表格的，那麼請列印出來然後填好。申請人已經授權您提供她（他）的保密資料，並知道您提供的任何資料都不會向申請人披露。

1. 請把這張表格的第二部分全部填好
2. 請在推薦表末尾的方框內提供您的名字，專業職稱和聯繫資料，這些資料是至關重要的，我們可能和您聯繫以便索取進一步的資料。
3. 在標示處簽上您的名字和日期。
4. 請將推薦表直接郵寄或派人遞送至卑詩省助產士學院。不要將此表給申請人或者其他任何人，因為這樣做會使其無效的。

請將填好的表郵寄或遞送至以下地址：

THE MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJCT  
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）

您為協助推薦這位申請人而花費了不少時間和作出了努力，對此我們表示非常感謝。

## 第二部分 (由雇主填寫)

1. 請在描述申請人的受雇地位的小方框內打勾

- 申請人被雇為全職助產士
- 申請人被雇為兼職助產士

附加評語：

2. 申請人受雇的起止日期

何時開始： (年/月/日) 何時終止： (年/月/日)

附加評語：

3. 請提供申請人的工作崗位職稱和簡要地描述她（他）在該崗位作為助產士的責任。
  
4. 申請人在受雇的一年內以上述受雇地位和職位作為助產士而進行的產前巡視的次數通常是多少，請提供一個估計。
  
5. 申請人在受雇的一年內以上述受雇地位和職位作為助產士而進行產後巡視的次數是多少，請提供一個估計。
  
6. 申請人在受雇的一年內以上述受雇地位和職位作為**主助產士**而進行的接生次數通常是多少，請提供一個估計。
  
7. 申請人在受雇的一年內以上述受雇地位和職位作為副助產士（助理助產士）或者在（主助產士之外的）另外職位任上而進行的接生次數通常是多少，請提供一個估計。

附加評語：

本表填寫人的名字和專業職稱

雇主名稱：

申請人工作過的衛生保健機構的名稱（如果和雇主的名稱不同的話）：

地址：

電話號碼：

電子郵件 位址：

簽名：

日期：