

省際助產士過渡性計劃(MMBP) 申請人 專業推薦表

背景資料

申請人在本表以下第一部分中已經申請參加“省際助產士過渡性計劃”，並打算在第一部分所示的省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參加這個計劃的時候，將使用本表所提供的資訊資料。能否有資格參加這個計劃的一個方法包括提供該申請人在某一註冊助產士管理轄區的過去或者現在的註冊助產士證明材料。申請人也必須提供她的身份的證據和提供能表明她是一個合乎職業道德準則，安全和負責任的執業者的證明材料。

通過填寫本表來與我們分享您對申請人的瞭解對作好這個評估是很重要的。

給推薦人的填寫指南

***注意：**如果這份表格是通過電子郵件收到的，那麼，就請您將申請表和數碼照片列印出來，然後按照以下的指示來做。申請人已經授權您提供這些保密資料並且知道您提供的任何資料都不會披露給申請人。

1. 在照片的背後簽字以證明這是申請人的真實照片。
2. 請將推薦表的第二部分全部填寫。如需要，可另外加頁。
3. 請在推薦表的末尾的方框內填上您的名字，聯繫資料，專業職稱和註冊登記號碼。這些資料是至關重要的，我們有可能和您聯繫以便索取進一步的資料。
4. 在推薦表的標示處簽名。
5. 將填好的推薦表裝入信封封訖，並在封緘處簽名。
6. 請按照以下地址將推薦表直接交回給卑詩省助產士學院。 不要將該表格交給申請人或者其他任何人，因為這樣會使得失效的。

以上所有步驟都必須完成以便使本推薦表能夠被接受。

您為幫助推薦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。

MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

www.midwiferybridging.ca

請將填好的表格郵寄或者遞送至以下位址：

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）

第一部分 (由申請人填寫)

申請人名字：

你打算去執業的省/領地省：

推薦人名字：

請標示推薦人專業職稱：

 助產士 護士 醫師 其他

本人授權推薦人向省際助產士過渡計劃和本人打算去執業的（由以上所示的）省/領地省的助產士管理機構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：

申請人的護
照照片

推薦人：請在照片後面簽字以便證明這是申請人的真實照片。

第二部分 (由推薦人填寫)

1. 您是在履行何種職責的時候觀察到申請人在從事助產士工作的？
2. 您是在何處觀察到以助產士身份工作的申請人？
3. 您是在什麼時期觀察到申請人以助產士身份工作的（可能的話，請標示出具體的日期）
4. 您是否直接觀察到申請人履行其責任來進行接生的？
 是 不是
5. 如果您是醫師的話，那麼申請人是否曾將在她護理之下的產婦介紹給您就診或護理轉移呢？
 有 沒有 不適用

6. 據您所知，申請人是否有任何精神健康方面的問題或者是有可能會妨害其助產士執業能力的吸毒問題？
 有 如有的話，請解釋說明 沒有
7. 您是否知道任何引起對申請人進行調查或者紀律處分的投訴？
 有 如有的話，請解釋說明 沒有
8. 您是否認為申請人誠實，可靠和其行為合乎職業道德？
 是 不是 如果不是，請解釋說明
9. 您是否相信申請人能以恰當的專業操守準則行事？
 是 不 如果不，請解釋說明
10. 您是否相信申請人作為助產士能安全地執業？
 是 不 如果不，請解釋說明

11. 您是否還有任何您認為應該向助產士學院披露的關於申請人的專業或者道德操守的附加資料？

有 如果有，請解釋說明 沒有

推薦人的名字和專業職稱：

地址：

電話號碼：

電子郵件位址：

專業管理機構：

註冊登記號碼：

推薦人簽字：

日期：