

德育學校財團法人德育護理健康學院辦理大陸地區交換學生申請來校短期研修作業要點

民國103年4月8日102學年度第2學期第5次行政會議通過
民國112年06月06日111學年度第2學期第5次行政會議通過

- 一、本校為促進兩岸學術交流，特訂定「大陸地區交換學生申請來校短期研修作業要點」（以下簡稱本要點）。
- 二、依本要點提出申請者，須為大陸地區學校在學學生，研修期限依行政院大陸委員會之相關規定辦理。
- 三、大陸地區交換學生(以下簡稱交換學生)至本校研修，基於學術專業考量，交換學生學習/研究領域以本校已設學系/研究所之研究領域為限，本校保留審核交換學生入學許可之最後權力。
- 四、申請期限：訂於秋季班(九月開學)入學者，入台申請文件於該年5月30日前寄達本校；訂於春季班(二月開學)入學者，入台申請文件於前一年10月30日前寄達本校為原則。

五、申請程序

大陸各校依該校所訂辦理程序，統一推薦交換學生。交換學生申請文件經原屬學校統一推薦，由本校研究發展處國際合作暨兩岸交流組（以下簡稱交流組）受理並彙整，經教務處註冊組及所屬系所查驗通過，再核發給入學許可，並與入台證一併寄送至原屬學校。

- 六、申請交換期間單次最長為一學期(六個月)，之後須重新申請。所持入台證僅為單次進出，不得於交換期間申請延長。

- 七、申請時應檢附下列文件，所有申請文件皆需由原屬學校交換學生事務專責單位，於申請期限內統一寄至本校交流組。

- (一)申請表(附件一)。
- (二)原屬學校推薦函(附件二)。
- (三)研修計畫(研究生需附，其餘學制免附)一份(1-2頁)。
- (四)大陸地區健康檢查證明書正本一份(附件三)。
- (五)蓋有原屬學校校方戳章之在學證明函正本一份。
- (六)歷年成績單正本一份。
- (七)大陸地區人民入出台灣地區申請書(附件四)。
- (八)為期180天(在台期間)之醫療與意外保險證明影本一份。
- (九)入台證申請費用由原屬學校統一收繳本校。

- 八、交換學生至校就讀申請之相關聯繫及資訊彙整事宜，由本校交流組負責辦理；入學後其課業輔導與成績考核由就讀系所負責；選讀期間之學籍成績及選課相關事宜，由教務處負責辦理；選讀期間生活輔導與聯繫，由學務處負責辦理。

九、交換年級與課程資訊

申請至本校交換學習的學籍資料(系所與年級)，應與原屬學校的學籍資料一致；若年級計算方式與本校不同，須由原屬學校專責單位的業務承辦人員另開證明。交換學生由本校教務處課

務組協助輔導選課，選修課程以本校所開設課程為原則，護理系之實習課程，不開放交換學生選修。

九、相關費用

交換學生至本校研修，應依本校規定日期辦理註冊手續，其應繳之費用，依本校相關規定辦理。大學部每學期研修學分最少 12 學分，最多 24 學分，每一學時收費為新台幣 2,250 元，惟收費以 16 學時為上限。研究所每學期研修學分最少 6 學分，最多 15 學分，每一學時收費為 8,280 元，惟收費以 10 學時為上限。學分費、書籍費、住宿費用、健康檢查費、生活費及其它費用以學生自行負擔為原則。

十、住宿

住宿方面，本校備有宿舍供學生住宿，學生宿舍管理及收費依本校學務處「學生宿舍管理辦法」及相關規定辦理。

十一、健康檢查

抵台後至本校指定醫院統一再進行健康檢查(附件五)，健康檢查費用由學生自付。

十二、交換學生完成研修課程後，得依本校相關規定核發學分證明或成績證明，並於當學期結束後，由本校寄送至該生原屬學校。

十三、交換學生離校前須填具離校手續單，知會各相關業務單位，正本交至本校交流組存查。

十四、交換學生在本校研修期間，應遵守本校校規及我國之相關法令，如有違反本校校規及本辦法之相關規定或從事與內政部移民署許可入境事由不符之活動者，本校得不發給學習證明、扣抵住宿押金及通報其母校師長，並依相關法規辦理。

十五、本要點經行政會議通過，陳請校長核准後實施，修正時亦同。

應檢附文件：

- (十) 申請表(附件一)。
- (十一) 原屬學校推薦函(附件二)。
- (十二) 研修計畫(研究所碩士生需附，其餘學制免附)一份(1-2 頁)(附件三)。
- (十三) 大陸地區健康檢查證明書正本一份(附件四)。
- (十四) 蓋有原屬學校校方戳章之在學證明函正本一份。
- (十五) 歷年成績單正本一份。
- (十六) 大陸地區人民入出台灣地區申請書(附件五)。
- (十七) 為期 180 天(在台期間)之醫療與意外保險證明影本一份。
- (十八) 入台證申請費用由原屬學校統一收繳本校。

申請期限：

1. 秋季班(九月開學): 每年 5 月 30 日前
2. 春季班(二月開學): 每年 10 月 30 日前

大陸地區交換學生申請至經國管理暨健康學院短期研修 原屬學校推薦函

學生姓名：_____ 申請研修系所及年級：_____

推薦人：_____

推薦人服務機構：_____ 推薦人職稱：_____

推薦人連絡電話：_____ 推薦人E-mail：_____

推薦人聯絡地址：_____

請已申請者之同儕為基礎，對於申請者就下列認知與情意態度等兩面向之各項表現評估之。

面向	項目	前 2%	前 5%	前 10%	前 25%	前 50%	無法評判
認知 表現	思考深度	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	文字表達	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	口語表達	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	獨特創新	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
情意 態度 表現	成就動機	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	人際關係	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	處事應對	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	毅力耐力	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	獨立自主	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判
	專業信心	<input type="checkbox"/> 極優秀	<input type="checkbox"/> 很優秀	<input type="checkbox"/> 優秀	<input type="checkbox"/> 佳	<input type="checkbox"/> 尚可	<input type="checkbox"/> 無法評判

學校戳章

推薦者親筆簽章：_____ 日期：_____

附件三、研修計畫

經國管理暨健康學院大陸地區交流學生研修計畫(研究所碩士生務必填寫)

學 生 姓 名	
所 屬 學 校	
本 校 就 讀 系 / 所	
預 計 研 修 期 間	年 月 日 至 年 月 日
請在 300 字以內說明前來經國管理暨健康學院研修動機及計畫。	

附件四、大陸地區人民入出臺灣地區申請書

收件號：

承辦人編號姓名：

MV 0 1

0 1

大陸地區人民入出臺灣地區申請書

申請 人 資 料	姓名				英文姓名 (正楷填寫)				<input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 再次申請
	原名 (別名)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地	省 (市)	縣 (市)	身分證證明號碼	
	出生年月日	民國	年	月	日	學歷			統一證號(無則免填)
	申請事由及代碼				所經第三地區	<input type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 港澳 <input type="checkbox"/> 國外		入出境證別	<input type="checkbox"/> 單次 <input type="checkbox"/> 逐次加簽 許可證 <input type="checkbox"/> 多次
	現職	本職：							
	兼職	兼職：							
	經歷 (含曾任職務、具有何種專業造詣等)								
	居住地址							電話	
	聯絡地址							電話	
	證照資料	<input type="checkbox"/> 大陸地區所發護照 <input type="checkbox"/> 其他	號碼			發照日期及效期	何時由何地到僑居地		地點： 時間：
外國證照資料	國別	種類	日期	效期			停留期限		
申請人親屬狀況	稱謂	姓名	出生年月日	存歿	職業	現住地址		電話	
	父								
	母								
	配偶								
	子女								
	來臺地址 (旅館)及聯絡人							電子郵件信箱	
探親探病奔喪對象資料	稱謂	姓名	出生年月日	身分證號	現住地址		電話及手機號碼		
代申請人資料									
<input type="checkbox"/> 同意以簡訊方式通知核准，手機號碼：_____									
一、請貼最近 6 個月內所拍攝之彩色、脫帽未帶有色眼鏡，五官清晰、不遮蓋，相片不修改，足資辨識人貌，直 4.5 公分橫 3.5 公分人像自頭頂至下			代辦旅行社						
<div style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">貼照不片處</div> 度不小於 2 公分及超過 3.6 公分，白色背景之正面半身薄光面			註冊編號						
			公司及負責人戳記						

裝

訂

線

紙照片，且不得使用合成照片。 二、照片背面請書寫姓名、出生日期。		
-------------------------------------	--	--

服務網址為:http://www.immigration.gov.tw/aspcode/QA_Class1.asp

條 碼 編 號 請 勿 污 損

95.10.1,500 本 表單編號：QW2701-03

申報事項	<p>一、依臺灣地區與大陸地區人民關係條例第七十七條規定：「大陸地區人民在臺灣地區以外之地區，犯內亂罪、外患罪，經許可進入臺灣地區，而於申請時據實申報者，免予追訴、處罰。」</p> <p>二、申請人現任或曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，請於本欄據實詳述。如未據實填寫，經查獲或遭人檢舉者，應負法律責任。</p> <p><input type="checkbox"/>申請人未曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者。</p> <p><input type="checkbox"/>申請人曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，曾任職於_____</p> <p><input type="checkbox"/>申請人現任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，現任職於_____</p>			申請事由(代碼)
	<p>社會交流</p> <p>探親(03) 奔喪(35) 團聚(53) 探病(64) 運回遺骸骨灰(76) 人道探親(77) 進行刑事訴訟(78) 兩岸會談或專案活動(81) 隨行駐華(87) 飛航任務(88) 專案許可(95) 公法給付(105) 隨行團聚(133) 大陸船員(135) 節日包機(147) 短暫團聚(148) 緊急醫療包機(152) 特定人道包機(153) 就醫(23) 伴醫(24)</p>			
接待單位	地址	電話	負責人	
注意事項	<p>一、本申請書由申請人或代申請人親自據實填寫，如未據實填寫經查獲者，得撤銷其入境許可，並限期離境。由在臺親屬委託他人代為送件時，應檢附委託書。</p> <p>二、申請人來臺期間應遵守中華民國法令，並依限離臺，且不得從事與許可目的不符之活動。</p>			
<p>大陸地區 居民身分證正反面影本資料</p>				
<p>以上所填內容，俱屬事實，如有捏造或虛假情事，願負法律責任。</p> <p>申請人： _____ 簽章 代申請人 _____ 簽章</p>				
審核意見		核轉單位簽註同意與否意見及簽章		
<p>經濟交流</p> <p>商務活動(金,馬)(16) 產業交流活動(82) 經貿活動(89) 交通事務活動(90) 農業活動(92) 財金活動(93) 勞工交流活動(106) 產業科技活動(117) 產業科技研究活動(118) 履行契約(126) 跨國企業內部人員調動(127) 消費者保護活動(130) 國際性會議(136)</p>				
<p>商務活動</p> <p>商務訪問(139) 商務考察(140) 商務會議(141)</p>				

	備註	中央目的事業主管機關核准大陸地區專業人士來臺文號 機關名稱： 文號： 年 月 日 號函	演講(142) 商務研習、受訓(143) 履約服務活動(144) 參加商展(145) 參觀商展 (146)
--	----	---	---

附件五、健康檢查證明應檢查項目表

醫院標誌

健康檢查證明應檢查項目表 (乙表)

檢查日期 ____/____/____

Hospital's

(醫院名稱、地址、電話、傳真機)

(年)(月)(日)

Logo

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form B)

____/____/____

(M)(D)(Y)

(Hospital's Name, Address, Tel, FAX)

Date of Examination

基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : Name : _____	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex : _____
身份證字號 : ID No. : _____	護照號碼 : Passport No. : _____
出生年月日 : Date of Birth : ____ / ____ / ____	國籍 : Nationality : _____
年齡 : Age : _____	聯絡電話 : Phone No. : _____

照片 Photo

實驗室檢查 (LABORATORY EXAMINATIONS)

A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV Antibody) :

- 陽性 (Positive) 陰性 (Negative) 未確定 (Indeterminate)
- a. 篩檢 (Screening Test) : EIA PA 其他 (Others) _____
- b. 確認 (Confirmatory Test) : Western Blot 其他 (Others) _____
- 兒童 15 歲以下免驗 (Not required for children under 15 years of age)

B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) :

X 光發現(Findings) : _____

判定(Results) :

- 合格 (Passed) 疑似肺結核 (TB Suspect) 無法確認診斷 (Pending) 不合格 (Failed)

(經臺灣健檢醫院判定為疑似肺結核或無法確認診斷者，得至指定機構複驗；但所在縣市無指定機構者，得至鄰近醫院之胸腔科門診複檢。) (Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in Taiwan must visit the referred institution for further evaluation.)

孕婦或兒童 12 歲以下免驗 (Not required for pregnant women or children under 12 years of age)

C. 腸內寄生蟲 (含痢疾阿米巴等原蟲) 糞便檢查 (採用離心濃縮法檢查) (Stool examination for parasites includes *Entameba histolytica* etc.) (centrifugal concentration method) :

- 陽性，種名 (Positive, Species) _____ 陰性 (Negative)
- 其他可不予治療之腸內寄生蟲 (Other parasites that do not require treatment)

兒童 6 歲以下或來自特定地區者免驗 (Not required for children under 6 years of age or applicants from designated areas as described in Note 6)

D. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis) :

檢驗(Tests) : a. RPR 或 VDRL _____ b. TPHA/TPPA _____

c. 其它 (Other) _____

判定(Results) : 合格(Passed) 不合格(Failed)

兒童 15 歲以下免驗 (Not required for children under 15 years of age)

E. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明 (proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates) :

a. 抗體檢查 (Antibody test)

麻疹抗體 measles antibody titers 陽性 Positive 陰性 Negative 未確定 (Equivocal)

德國麻疹抗體 rubella antibody titers 陽性 Positive 陰性 Negative 未確定 (Equivocal)

b. 預防接種證明 Vaccination Certificates

(含接種日期、接種院所及疫苗批號；接種日期與出國日期應至少相隔兩週。)

(The Certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine; the date of vaccination should be at least two weeks prior to going abroad)

麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Measles

德國麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Rubella

c. 經醫師評估，有接種禁忌者，暫不適宜接種。(Having contraindications, not suitable for vaccination)

漢生病檢查 (EXAMINATION FOR HANSEN'S DISEASE)

全身皮膚視診結果(Skin Examination)

正常 Normal

異常 Abnormal : 非漢生病 (not related to Hansen's disease) : _____

漢生病(疑似個案須進一步檢查)(Hansen's disease suspect needs further exam)

a. 病理切片(Skin Biopsy) : _____

b. 皮膚抹片(Skin Smear) : 陽性 (Finding bacilli in affected skin smears)

陰性 (Negative)

c. 皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大(Skin lesions combined with sensory loss or enlargement of peripheral nerves) 有 (Yes) 無 (No)

判定(Results) : 合格(Passed) 不合格(Failed)

來自特定地區者免驗 (Not required for applicants from designated areas as described in Note 6)

備註(Note) :

一、本表供外籍人士、無戶籍國民、大陸地區人民及香港澳門居民申請在臺灣居留或定居時使用。This form is for **residence application**.

二、兒童 6 歲以下免辦理健康檢查，但須檢具預防接種證明備查(年滿 1 歲以上者，至少接種 1 劑麻疹、德國麻疹疫苗)。

A child under 6 years old is not necessary to have laboratory examination, but the certificate of vaccination is necessary. Child age one and above should get at least one dose of measles and rubella vaccines.

三、懷孕婦女及兒童 12 歲以下免接受「胸部 X 光檢查」；懷孕婦女於產後仍應補照胸部 X 光。Pregnant women and children under 12 years of age are exempted from chest X-ray examination. Pregnant women should undergo chest X-ray after the child's birth.

四、申請免除胸部 X 光檢查之適用對象：申請人限來自結核病盛行率低於十萬分之三十的國家，並檢具由精神科醫師出具申請人在心理上不適宜進行胸部 X 光檢查之診斷證明書，經行政院衛生署疾病管制局審核通過者，始得免除此項檢測。

五、兒童 15 歲以下免接受「HIV 抗體檢查」及「梅毒血清檢查」。A child under 15 years old is not necessary to have Serological Test for HIV or Syphilis.

六、居住於美國、加拿大、歐洲、紐西蘭、澳洲、日本、南韓、香港、澳門、新加坡及以色列等地區或國家之申請者，得免驗腸內寄生蟲糞便檢查及漢生病檢查。Applicants living in USA, Canada, Europe, New Zealand, Australia, Japan, South Korea, Hong Kong, Macao, Singapore or Israel are not required to undergo a stool examination for parasites or an examination for Hansen's disease.

七、漢生病檢查為全身皮膚檢查，受檢者可穿著內衣內褲，並由親友或女性醫護人員陪同受檢。檢查時逐步分部位受檢，避免一次脫光全身衣物，維護受檢者隱私。Hansen's disease examination refers to careful examination of the entire body surface, which should be done with courtesy and respect to the applicant's privacy. During the examination, the applicant is allowed to wear underwear and be accompanied by a friend or female medical personnel. Hospitals or clinics have the responsibilities to protect the privacy of the applicant and the examination should be done step by step. Hence, taking off all clothes at the same time should be avoided.

八、根據以上對_____先生/女士/小姐之檢查結果為

合格 不合格 須進一步檢查

Result : According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms. _____, he/she

has passed the examination has failed the examination needs further examination.

負責醫檢師簽章： _____ (Name & Signature)
(Chief Medical Technologist)

負責醫師簽章： _____ (Name & Signature)
(Chief Physician)

醫院負責人簽章： _____ (Name & Signature)
(Superintendent)

日期 (Date): ____/____/____ 本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

附錄：健康檢查證明不合格之認定原則

檢查項目	不合格之認定原則
人類免疫缺乏病毒抗體檢查	一、人類免疫缺乏病毒抗體檢驗經初步測試，連續二次呈陽性反應者，應以西方墨點法(WB)作確認試驗。 二、連續二次(採血時間需間隔三個月)西方墨點法結果皆為未確定者，視為合格。
胸部X光檢查	一、活動性肺結核(包括結核性肋膜炎)視為「不合格」。 二、非活動性肺結核視為「合格」，包括下列診斷情形：纖維化(鈣化)肺結核、纖維化(鈣化)病灶及肋膜增厚。
腸內寄生蟲糞便檢查	一、經顯微鏡檢查結果為腸道蠕蟲蟲卵或其他原蟲類如：痢疾阿米巴原蟲 (<i>Entamoeba histolytica</i>)、鞭毛原蟲類，纖毛原蟲類及孢子蟲類者為不合格。 二、經顯微鏡檢查結果為人芽囊原蟲及阿米巴原蟲類，如：哈氏阿米巴 (<i>Entamoeba hartmanni</i>)、大腸阿米巴 (<i>Entamoeba coli</i>)、微小阿米巴 (<i>Endolimax nana</i>)、嗜碘阿米巴 (<i>Iodamoeba butschlii</i>)、雙核阿米巴 (<i>Dientamoeba fragilis</i>)、唇形鞭毛蟲(<i>Chilomastix mesnili</i>)等，可不予治療，視為「合格」。 三、妊娠孕婦如為寄生蟲檢查陽性者，視為合格；請於分娩後，進行治療。
梅毒血清檢查	一、以 RPR 或 VDRL 其中一種加上 TPHA(TPPA)之檢驗，如檢驗結果有下列情形任一者，為「不合格」： (一) 活性梅毒：同時符合條件 (一) 及 (二)、或僅符合條件 (三) 者。 (二) 非活性梅毒：僅符合條件 (二) 者。 二、條件： (一) 臨床症狀出現硬下疳或全身性梅毒紅疹等臨床症狀。 (二) 未曾接受梅毒治療或病史不清楚者，RPR(+)或 VDRL(+), 且 TPHA (TPPA)=1:320 以上 (含 320)。 (三) 曾經接受梅毒治療者，VDRL 價數上升四倍。 三、梅毒血清檢查陽性者，檢具治療證明，視為合格。
麻疹、德國麻疹	麻疹、德國麻疹抗體檢查結果為陰性(或未確定者)，且未檢具於抗體檢查後之麻疹、德國麻疹預防接種證明者，視為不合格。但經醫師評估有麻疹、德國麻疹疫苗接種禁忌者，視為合格。

Appendix: Principles in determining the health status failed

Test Item	Principles on the determination of failed items
Serological Test for HIV Antibody	1. If the preliminary testing of the serological test for HIV antibody is positive for two consecutive times, confirmation testing by WB is required. 2. When findings of two consecutive WB testing (blood specimens collected at an interval of three months) are indeterminate, this item is considered qualified.
Chest X-ray	1. Active pulmonary tuberculosis (including tuberculous pleurisy) is unqualified. 2. Non-active pulmonary tuberculosis including calcified pulmonary tuberculosis, calcified foci and enlargement of pleura, is considered qualified.
Stool Examination for Parasites	1. By microscope examination, cases are determined unqualified if intestinal helminthes eggs or other protozoa such as <i>Entamoeba histolytica</i> , flagellates, ciliates and sporozoans are detected. 2. <i>Blastocystis hominis</i> and Amoeba protozoa such as <i>Entamoeba hartmanni</i> , <i>Entamoeba coli</i> , <i>Endolimax nana</i> , <i>Iodamoeba butschlii</i> , <i>Dientamoeba fragilis</i> , <i>Chilomastix mesnili</i> found through microscope examination are considered qualified and no treatment is required. 3. Pregnant women who have positive result for parasites examination are considered qualified and please have medical treatment after the child's birth.
Serological Test for Syphilis	1. After testing by either RPR or VDRL together with TPHA(TPPA), if cases meet one of the following situations are considered failing the examination. (1)Active syphilis: must fit the criterion (1) + (2) or only the criterion (3). (2)Inactive syphilis: only fit the criterion (2). 2. Criterion: (1)Clinical symptoms with genital ulcers (chancres) or syphilis rash all over the body. (2)No past diagnosis of syphilis, a reactive nontreponemal test (i.e., VDRL or RPR), and TPHA(TPPA)=1:320↑(including 1:320) (3)A past history of syphilis therapy and a current nontreponemal test titer demonstrating fourfold or greater increase from the last nontreponemal test titer. 3. Those that have failed the serological test for syphilis but have submitted a medical treatment certificate are considered passing the examination.
Measles, Rubella	The item is considered unqualified if measles or rubella antibody is negative (or equivocal) and no measles, rubella vaccination certificate issued after the antibody test is provided. Those who having contraindications, not suitable for vaccinations are considered qualified.

03/06/2012