



路径 3 计划验证信息包

As an International Organisation, IBLCE uses British English in its publications.

目录

何谓 IBLCE® ?	3
提交你的途径 3 计划	4
计划验证通过通知或拒绝通知.....	4
申请 IBLCE 考试.....	4
途径 3 计划验证申请表.....	5
考试年份	5
途径 3 导师协议表.....	8
路径 3 临床实习时间报告.....	9
途径 3 时间表	10
途径 3 导师继续教育学分申请表.....	11
途径 3 计划验证费用表.....	13

何谓 IBLCE®?

IBLCE®又称为国际泌乳顾问认证委员会®,是个独立的国际认证机构,授与国际认证泌乳顾问 (IBCLC®) 的证书。

联络信息

International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)
10301 Democracy Lane, Suite 400
Fairfax, Virginia 22030
USA
www.iblce.org

IBLCE 在奥地利,澳大利亚与美国都设有办事处。你可通过 IBLCE 官网上的「联络 IBLCE」网页,联络到服务你居住国家的办事处。

请使用服务你居住国家的 IBLCE 办事处的地址邮寄你的途径 3 计划验证申请表和相关付款。

如果你生活在北美洲,南美洲或以色列,请邮寄至:

IBLCE in the Americas
10301 Democracy Lane, Suite 400
Fairfax, Virginia 22030
USA

如果你生活在欧洲,中东(除了以色列)或北非的国家,请邮寄至:

IBLCE in Europe and the Middle East
Theresiengasse 5/1/30
2500 Baden
Austria

如果你生活在亚洲、澳大利亚或非洲不由欧洲办事处服务的国家,请邮寄至:

IBLCE in Asia Pacific and Africa
PO Box 1533
Oxenford, Queensland 4210
Australia

提交你的途径 3 计划

如果你计划通过途径 3 来获取 IBLCE 考试资格，你必须向 IBCLE 提交途径 3 计划验证申请表。

途径 3 计划必须要展示申请人即将获得的临床经验，该经验应该在国际泌乳顾问（IBCLC）的直接督导下以及多样的临床设置场景下获得，并让申请人实践了[国际泌乳顾问（IBCLC）临床实践能力](#)里要求的所有职责，以及 IBLCE [详细内容大纲](#)里所包含的所有学科及按照母乳喂养时间周期所规定的实践临床情景。

请提交您已完成的途径 3 计划验证申请表，连同付款一起，邮寄到服务你居住国的 IBLCE 办事处，具体哪一个办事处在本指南的联络信息部分中已提及。

计划验证通过通知或拒绝通知

你和你的主导师会通过电子邮件受到途径 3 计划验证通过通知或拒绝通知。这份邮件通知包括你的途径 3 计划验证码，这个编码在你申请 IBLCE 考试时会需要的。

申请 IBLCE 考试

验证途径 3 计划的个人必须在申请考试时必须满足所有 IBLCE 考试资格要求。

除了完成至少 500 小时在直接监督下的在泌乳护理方面的临床实践，途径 3 申请人还必须完成健康科学以及特别是关于人类泌乳和母乳喂养领域方面的学习。更多关于健康科学教育和泌乳特殊教育要求，请详见[考生信息指南](#)

注意！ 申请 IBCLE 考试必须在通过途径 3 计划验证的 5 年内

填写 _____

验证日期 _____

验证码 _____

途径3 计划验证申请表

请打印整齐

姓 _____ 名 _____

地址 _____

城市 _____ 州/省 _____

邮政编码 _____ 国家 _____

工作电话 _____ 家庭电话 _____

移动电话 _____ 传真 _____

电子邮件 _____

考试年份

填写你期望参加考试的年份：_____（途径3计划从验证之日起5年内有效。因此，在5年的验证期内，你可以更改你的预期考试的年份。）

专业下面已列出你的专业了吗？（圈一项）是 否

牙医	药剂师
营养师	理疗师/物理治疗师
助产士/护士	内科医师
职业治疗师	语言病理学家/治疗师

主导师信息

主导师姓名 _____

主导师电子邮件地址 _____

主导师日间电话号码 _____

主导师 IBLCE 证书编码 _____

签署申明

我们特此证明，我们有关于途径3计划的指导业务协议，这项协议免除 IBLCE 对该计划的任何有关费用，详情及结果的责任。

申请者姓名 (电子版) _____

申请者签名 _____ 日期 _____

主导师姓名 (电子版) _____

主导师签名 _____ 日期 _____

申请者姓名 _____

请列出所有其他作为你途径 3 计划导师的哺乳顾问们 (IBCLCs)。

(请打印整齐)

助理导师#1 姓名 _____ 电子邮件地址 _____ IBLCE 证书编码 _____	助理导师#2 姓名 _____ 电子邮件地址 _____ IBLCE 证书编码 _____
助理导师#3 姓名 _____ 电子邮件地址 _____ IBLCE 证书编码 _____	助理导师#4 姓名 _____ 电子邮件地址 _____ IBLCE 证书编码 _____

请注意：途径 3 申请人必须从他们的导师们那，包括主导师，获得完整的途径 3 导师协议。申请人必须保留完整的途径 3 导师协议。当考试申请 IBLCE 考试时，如果他们的申请被选择进行审核，他们将被要求提供完整的导师协议表格。

请你的主导师回答下列 3 个问题

在下列哪一项场景设置将直接监督下的临床实践中发生？

<input type="checkbox"/> 医院，住院部 <input type="checkbox"/> 医院，门诊部 <input type="checkbox"/> 分娩中心 <input type="checkbox"/> 社区诊所 <input type="checkbox"/> IBLCE 执业场所 <input type="checkbox"/> 医生办公室 <input type="checkbox"/> 助产士办公室	<input type="checkbox"/> 公共卫生部门 <input type="checkbox"/> 妇幼保健服务 <input type="checkbox"/> 家庭健康或社区护理服务 <input type="checkbox"/> 产前或产后母乳喂养教育班 <input type="checkbox"/> 母亲间支持团体 <input type="checkbox"/> 其他 _____
--	--

途径 3 导师协议表

请打印齐整

途径 3 申请者姓 _____

途径 3 申请者名 _____

导师信息姓 _____ 名 _____

地址 _____

城市 _____ 州/省 _____

邮政编码 _____ 国家 _____

工作电话 _____ 家庭电话 _____

电子邮件 _____

IBLCE 证书编号 _____

现在的工作地点 _____

你将会是主导师吗？（请在相关选项上打圈） 是 否

签署声明

本人是一名国际认证泌乳顾问（IBCLC），且信誉良好，我接受提供上述途径 3 计划申请人的临床指导和直接监管责任。

导师姓名（电子版） _____

导师签名 _____ 日期 _____

请将填妥的表格交回途径 3 计划申请人。

申请人，请保留您完整的记录，并履行审计要求。

路径 3 临床实习时间报告

请保留您的记录和履行审计要求。

请仔细保存记录。在申请 IBLCE 考试期间，你的申请可能被随机选择审计。如果您的申请被审计，您将需要提交此文档，以及其他记录。申请人如未能遵守审计的条款将不被允许参加考试，损失的考试费将不会被退还。

途径 3 计划申请人姓名 _____

主导师姓名 _____

本报告里必须记录至少 500 个小时的直接监督下的临床实践时间。你的导师必须验证他们直接监督下所完成的临床实践时间。请完成下面的表格，并让你的导师署名和日期。

导师姓名	直接监督下完成的临床实践时数	导师签名&日期

总的直接监督下临床实践时数

途径 3 时间表

本表可根据需要复印。使用本表记录您直接监督下泌乳方面临床实践时数。这些记录将被用来完成途径 3 临床实践时数的报告。保留你记录的时间表；IBLCE 有可能会要求你提交这份时间表来验证您汇报的时数。

你的名字 _____ 主导师的名字 _____

日期	简要描述日常临床实践	开始时间	结束时间



途径 3 导师继续教育学分申请表

For Office Use Only Approval #: Approved by: Approved Date:
--

IBCLC ID:							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

第一部分：主导师个人详细信息

主导师姓：_____ 主导师名：_____

电话号码：_____

电子邮件地址（必须填写）：_____

途径 3 学生姓名：_____ IBLCE 证书编号：_____

第二部分：导师记录：请提供每一位导师下列所要求的信息

导师姓名	IBLCE 证书编号	监督时间的百分比	所获得的继续教育学分 IBLCE 填写

IBLCE 将基于所提供的信息给予相应的继续教育学分。继续教育学分数证书将会通过扫描形式电子邮件给主导师。主导师负责分发并通知其他各位表格上的导师。这份继续教育学分数副本将作为结业证书，以及再认证的继续教育学分。

第四部分：

请阅读以下声明，然后在申请表上签名。无签名和日期的表格将被延迟审查。

我了解，作为主导师，我将负责通知所有的导师的继续教育学分数分配；此外我同意只有途径 3 申请人的导师才可以获得继续教育教育学分。我确认所提供的信息是真实的，并且可以通过导师活动的时间日志所确认。

签名 _____

日期 _____

姓名（电子版） _____

途径 3 计划验证费用表

途径 3 计划验证费用	\$	USD
-------------	----	-----

必须向 IBLCE 以美元形式支付。付款是不可退还的，不得转让或交换给另一个申请人。

你的姓名 _____
姓 名

1. 请选择一种支付方式，并提供所需信息

我的支票或汇票已附上。（请向 IBLCE 以美元形式支付。）

支票/汇票# _____ 支票/汇票金额美元 _____

(注：支票和汇票只由美洲办事处接受)

支票持有人名/组织名称 _____

(注：支票和汇票只由美洲办事处接受)

2. 请把美元 _____ 以下信用卡支付：

VISA

MasterCard

Discover

American Express

卡号：_____ 到期日期____/____

请注意：信用卡支付将根据交易日的货币兑换率，以美金形式收取。

持卡人签名 _____

持卡人姓名（电子版）_____

持卡人地址 _____

持卡人电话 _____

将这份填写完整的支付表格，和填写完整的途径 3 计划验证表格与付款一起，邮寄到服务你居住国家的 IBLCE 办公室。