**換證 臺南市糖尿病共同照護網認證資格辦法(110 年 6 月 11 日修改版)：**

一、凡取得**其它縣市**照護網認證之醫師、藥師、營養師、護理師（護士）及其他醫事人員於證書有效期限內，因更改工作地點而須換領本市之糖網證書者，得向本照護網提出換證申請，有效期限為原本證書之有效年限。

三、填寫「換證申請書(下表)」及「原縣市之糖尿病共同照護網證書影本」各乙份提出申請。

四、備妥以上資料，逕寄或送至**臺南市政府衛生局國民健康科 林先生收**

**（730213 臺南市新營區東興路163 號）**

**『臺南市糖尿病共同照護網』換證申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 執業醫療院所名稱 | | | |  | | | | | 執業醫療院所代碼 | | | | | | |  | | | | |
| 姓 名 |  | | | | | 英文  名字 |  | | 出 生  年月日 | | | |  | | | | | 性別 | | □ 男  □ 女 |
| 身分證字號 |  | | | | | 地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | （O） （H）  手機號碼： | | | | | | | | | 電子郵件 | | | | |  | | | | | |
| 醫 事 證 書 字 號 | | | | | 字 第 號 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最高學歷 | | | | | 院校名稱 | | | 系(所)別 | | | 畢業年 | | | 學位 | | | 證書字號 | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 現職 | | | | | 機關名稱 | | | 職務 | | | 起(年) | | | 迄(年) | | | 專長 | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 主要經歷 | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 專科醫師證書字號  （非醫師免填） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次專科醫師證書字號  （非醫師免填） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 執業科別  （非醫師免填） | | | □ 內科 □新陳代謝科  □ 家醫科  □ 其他（註明） | | | | | | | | | 是否健保合約 | | | | | | | 是□ 否□ | |
| 適用申請條款 | | | □ 具其他縣市糖尿病共同照護網認證資格且於有效期限內者。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人自願加入臺南市糖尿病共同照護網，並願遵守共同照護網之相關規定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | □同意 □不同意 | | |
| 審查結果 | | □符合 □不符合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 擬 辦 | | 1、已隨到隨辦並登錄在案  2、核發認證證書（南市糖網字第 號） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 審查人員  簽 章 | | 承辦員 股長 科長 局長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

說明：1、請以正楷清楚填寫或繕打，以避免資料建置錯誤，影響個人權益。

2、本表請連同相關醫事證書證明影本（需註明與正本相符並核章）送臺南市政府衛生局國民健康科申請。