

臺南市政府衛生局

115年糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練

申請說明

壹、計畫目的：

- 一、為提升醫事人員對於代謝症候群及慢性疾病之相關新知與照護知能，進而提供本市民眾更優質的照護服務品質，增加自我照護管理能力，降低併發症及醫療資源耗費與支出。
- 二、提供已取得本市糖尿病共同照護網醫事人員認證之醫療人員繼續教育的管道，學習最新專業資訊，加強醫事人員對於糖尿病患的照護能力，強化糖尿病醫療團隊的量能。

貳、申請資格：

本市醫師公會、護理師護士公會、營養師公會、藥師公會及本市加入糖尿病共同照護網之醫院，具備辦理醫事人員教育訓練及相關行政作業之經驗與能力，且具備合適之師資、場地及教學設備，能確保訓練品質。

參、申請期程：

- 一、115年5月15日(星期五)前(郵戳為憑)，免備文並檢附完整課程計畫書及相關文件，寄達臺南市政府衛生局東興辦公室(地址：730臺南市新營區東興路163號，國民健康科顏小姐收；請註明糖尿病共照網教育訓練申請)，逾期不予受理。
- 二、審查結果預計5月29日(星期五)公告於臺南市政府衛生局官方網站，路徑：首頁-專業人員區-糖尿病共同照護網-資訊公告區(含繼續教育訓練課程)。
- 三、計畫書經審查後，請依據本局審查意見進行修正，免備文並將修正後計畫書寄達至本局東興辦公室(地址：730臺南市新營區東興路163號)，經本局核定後，始得進行委辦。

- 肆、課程辦理期程：自核定日起，最晚須於10月15日(星期四)前辦理完畢，並於10月31日(星期六)前，繳交書面成果報告(一式2份)、PDF 電子檔

及各項支用單據、原始憑證進行經費核銷事宜（勿裝訂成冊）。

伍、辦理內容：

- 一、委辦單位依核定之課程計畫書辦理教育訓練課程。
- 二、課程應採實體辦理，每場次為8節課（1節50分，2節90分），每位講師每日授課時數不得超過四小時，每場參訓人數至少100人，其中30%名額須開放本市衛生所及其他醫事人員報名。

三、每場次須包含下列課程主題：

- （一）腎病識能衛教指導
- （二）代謝症候群防治計畫執行實務經驗（含計畫內容說明）
- （三）糖尿病視網膜病變
- （四）糖尿病支持團體運作實務經驗

四、講師資格：須具備以下任一資格

- （一）糖尿病內分泌學會兩年以上之專科
- （二）教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者。
- （三）其他專科醫師5年以上。
- （四）相關之重要專業經歷2年以上。
- （五）中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教人員（CDE）。

五、需申請學分類別：醫師、護理師、營養師、藥師、長照、糖尿病衛教師、糖尿病共照網、公務人員終身學習時數。

六、其他應配合事項：

- （一）委辦單位須指派專人擔任窗口、處理課程辦理事宜。
- （二）課程期間本局得派員至授課地點瞭解課程辦理情形，委辦單位不得拒絕。
- （三）依核定之計畫書確實辦理及依原訂用途支用款項。

陸、計畫書撰寫注意事項：

- 一、請使用 A4直式橫書、雙面印刷，中文字型為標楷體，英文字型為 Times New Roman，並務必標示頁碼。

二、資料請裝訂線於左側，並加目錄依序裝訂成冊1式2份。

三、經費編列注意事項：

(一) 經費額度：每場課程經費為新臺幣3萬5,000元。

(二) 經費編列原則：

1. 以支應教育訓練實際所需為原則，並依經費支用及核銷規定辦理。如有隱匿不實或造假情事，將撤銷該委辦課程，並收回已撥付款項。
2. 講師鐘點費：內聘講師1節1,000元(臺南市政府隸屬機關(構)人員)、外聘講師1節2,000元。
3. 交通費：從執業機關所在地到授課地。
4. 場地租借及設備使用費。
5. 學分申請審查費(類別：醫師、護理師、營養師、藥師、長照、糖尿病衛教師)
6. 餐費(須超過中午12:00(如12:10)，請依實際參與人數訂購核銷，午餐：單價每人100元為上限)。

(三) 實際辦理時，如須於不同用途別科目間流用經費，其流用金額應經本局事前核定後辦理。

四、計畫書格式詳如【附件一】。

柒、課程經費撥款：

一、計畫書經本局核定後，通知委辦單位提供領據，向本局申請撥付該場次課程經費。

二、撥款領據：請註明撥入戶名、銀行別、帳號，並加蓋委辦單位「大小章」，格式詳如【附件二】。

捌、學分認證及上傳規範：

一、委辦單位應依參訓對象之醫事人員類別，事前向相關醫事人員繼續教育積分認證單位申請學分認證。

二、課程內容、時數及授課方式須符合各類醫事人員繼續教育學分審查規定。

三、教育訓練結束後，委辦單位應於規定期限內完成下列事項：

(一) 彙整實際出席名冊及簽到退紀錄。

- (二) 依各醫事人員繼續教育平台規定，正確上傳學員資料及學分時數。
- (三) 確保學分資料正確無誤，如有補登或更正需求，應主動協助學員辦理。
- (四) 因資料填報不全或逾期上傳致學員無法取得學分者，其責任由委辦單位負責。

玖、成果繳交規範

一、委辦單位應於課程辦理完畢14天內檢附成果報告、出席名冊、課程照片、領據及相關佐證文件，以利本局進行糖尿病共照網與公務人員學習時數上傳及經費核銷。

二、未依核定計畫內容辦理或成果不符規定者，本機關得視情形扣減或不予核撥相關費用。

三、課程經費核銷：

(一) 收支明細表(一式2份)：請注意內容填寫正確性且與計畫書經費概算表相符。如有賸餘款應全數繳回本局，待本局會計室審查無誤並開立支出收回書，方可依規定辦理賸餘款繳回流程。

(二) 各項支用單據、原始憑證應妥善保存，並於課程結束後寄送至本局(東興辦公室)進行經費核銷事宜(勿裝訂成冊)。

四、成果報告書格式詳如【附件三】。

壹拾、附件：

一、計畫書

二、領據

三、成果報告書及收支明細表

附件一

(封面)

臺南市政府衛生局

115年糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練 計畫書

申請單位名稱：_____

負責人：_____

聯絡人：_____

連絡電話：(06)_____分機_____

行動電話：_____

傳真電話：(06)_____

聯絡地址：_____

聯絡人電子信箱：_____

計畫申請日期：中華民國115年____月____日

目錄

壹、前言及目的	-----	P
貳、課程內容及方式	-----	P
參、課程表	-----	P
肆、講師資料	-----	P
伍、經費編列	-----	P

壹、目的

- 一、為提升醫事人員對於代謝症候群及慢性疾病之相關新知與照護知能，進而提供本市民眾更優質的照護服務品質，增加自我照護管理能力，降低併發症及醫療資源耗費與支出。
- 二、提供已取得本市糖尿病共同照護網醫事人員認證之醫療人員繼續教育的管道，學習最新專業資訊，加強醫事人員對於糖尿病患的照護能力，強化糖尿病醫療團隊的量能。

貳、課程內容及方式

- 一、課程名稱：115年臺南市糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練
- _____場
- 二、辦理日期：115年____月____日
時間：上午____時____分至下午____時____分
- 三、課程地點：_____
- 四、招收學員人數：_____人
(其中**30%** 院外醫事人員：____人，含本市衛生所)
- 五、報名方式：線上表單（提供網址或 QRcode）現場報名E-mail
 1. 院內：
 2. 院外(含本市衛生所)：

參、課程表：暫定(範例)

時間	課程內容	講師
08:30-09:00	報到簽到（前測）	
09:00-10:30		
10:40-12:10		
12:10-13:30	休息	
13:30-15:00		
15:10-16:40		
16:40-17:00	簽退（後測）	

肆、經費編列（範例參考）

項目	單價	數量	單位	金額	用途說明
講師鐘點費	2,000	3	節	6,000	外聘講師鐘點費
講師鐘點費	1,000	5	節	5,000	內聘講師鐘點費
學分審查費	1,000	1	次	1,000	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_醫師(急件)
學分審查費	1,200	1	次	1,200	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_護理師(急件)
學分審查費	2,000	1	次	2,000	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_藥師(急件)
學分審查費	2,000	1	次	2,000	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_營養師(急件)
學分審查費	1,200	1	次	1,200	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_長照(急件)
學分審查費	3,000	1	次	3,000	辦理糖尿病繼續教育學分審查費用_糖尿病衛教師(急件)
國內旅費	2,600	1	式	1,600	內外聘講師交通費(包含火車、公車及自行開車，從執業場所到開課地點)
場地租借費	5,000	1	場	2,000	課程場地費
餐費	100	100	個	10,000	課程誤餐費(課程09:00-12:10)
以下空白					
總計				35,000	

承辦人：_____ 單位主管：_____ 會計單位：_____ 醫院負責人：_____

附件二

領 據

茲收到臺南市政府衛生局「115年糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練」計畫委辦費用計新臺幣參萬伍仟元整（35,000元），屬實無訛。

此 致 臺南市政府衛生局

單 位 名 稱 ：

（印）

負 責 人 ：

（印）

統 一 編 號 ：

地 址 ：

金融機構名稱： 銀行（郵局） 分行（支局）

匯款專戶戶名：

匯款專戶帳號：

（請檢附存摺封面影本浮貼）

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(封面)

臺南市政府衛生局

115年糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練

成果報告書

申請單位名稱：_____

負責人：_____

聯絡人：_____

連絡電話：(06)_____分機_____

行動電話：_____

傳真電話：(06)_____

聯絡地址：_____

聯絡人電子信箱：_____

計畫申請日期：中華民國 115 年 ____ 月 ____ 日

參、講師資料(若表格不足請自行增加)

講師姓名	任職單位	講師資格 (請勾選符合資格並檢附佐證資料)
		<input type="checkbox"/> 糖尿病內分泌學會兩年以上之專科醫師 <input type="checkbox"/> 教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者 <input type="checkbox"/> 其他專科醫師5年以上 <input type="checkbox"/> 相關之重要專業經歷2年以上 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教師(CDE)
		<input type="checkbox"/> 糖尿病內分泌學會兩年以上之專科醫師 <input type="checkbox"/> 教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者 <input type="checkbox"/> 其他專科醫師5年以上 <input type="checkbox"/> 相關之重要專業經歷2年以上 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教師(CDE)
		<input type="checkbox"/> 糖尿病內分泌學會兩年以上之專科醫師 <input type="checkbox"/> 教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者 <input type="checkbox"/> 其他專科醫師5年以上 <input type="checkbox"/> 相關之重要專業經歷2年以上 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教師(CDE)
		<input type="checkbox"/> 糖尿病內分泌學會兩年以上之專科醫師 <input type="checkbox"/> 教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者 <input type="checkbox"/> 其他專科醫師5年以上 <input type="checkbox"/> 相關之重要專業經歷2年以上 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教師(CDE)
		<input type="checkbox"/> 糖尿病內分泌學會兩年以上之專科醫師 <input type="checkbox"/> 教育部承認之國內外大學之教授、副教授、助理教授或講師主講者 <input type="checkbox"/> 其他專科醫師5年以上 <input type="checkbox"/> 相關之重要專業經歷2年以上 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病學會兩年以上之合格衛教師(CDE)

伍、 115年臺南市糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練簽到 / 簽退表

請附上紙本及電子檔(電子檔寄至 d00383@tncghb.gov.tw)

115年臺南市糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練簽到 / 簽退表				
課程名稱： 115年臺南市糖尿病共同照護 網醫事人員繼續教育訓練 - _____場			開課單位：	
日期：115 年 ____月____日		時間：上午____ 時____分 至 下午____時____分		
地點：				
1. 學員務必確認資料（身分證號）正確，如果資料不正確，無法登錄積分。				
2. 請於課程結束前簽退；未完整簽到及簽退者，不予以積分。				
3. 請編號頁面不足，請自行再複製列印表格。				
(以下資料可由「開課單位」先建立)				
編號	身分證號	姓名	簽到	簽退
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

115年臺南市糖尿病共同照護網醫事人員繼續教育訓練

活動照片(提供不同角度)

辦理時間：115年 ____月 ____日 辦理地點： 參加人數：____人(院外醫事人員____人) 照片內容說明：	辦理時間：115年 ____月 ____日 辦理地點： 參加人數：____人(院外醫事人員____人) 照片內容說明：
辦理時間：115年 ____月 ____日 辦理地點： 參加人數：____人(院外醫事人員____人) 照片內容說明：	辦理時間：115年 ____月 ____日 辦理地點： 參加人數：____人(院外醫事人員____人) 照片內容說明：