

臺南市糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表

中文姓名		出生日期	年 月 日
英文姓名		身分證字號	
聯絡方式	電 話：	證書收件資訊	郵遞區號：
	手機號碼：		地址：
	電子信箱：		
專業別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 藥事	是否為糖尿病 衛教師 CDE	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
執業狀況	<input type="checkbox"/> 待業中、 <input type="checkbox"/> 任職於非醫事機構(單位名稱：_____)		
	<input type="checkbox"/> 主要執業醫事機構名稱：_____ (醫事機構代碼：_____)		
	<input type="checkbox"/> 支援醫事機構名稱：_____ (醫事機構代碼：_____)		

應附資料自我檢核 (已附上項目請打勾)

認證申請項目	申請類別(請勾選)	檢 附 文 件
<input type="checkbox"/> 初次申請認證 <small>請依右列資格擇一辦理 (影本資料請註明 「與正本相符」)</small>	<input type="checkbox"/> 內分泌暨新陳代謝科 專科醫師	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 內分泌暨新陳代謝專科醫師證書(效期內) <input type="checkbox"/> 3. 照護管理課程(4 小時)證書 <input type="checkbox"/> 4. 照護管理上課日期：____年____月____日
	<input type="checkbox"/> 其他醫師、護理、營 養、藥事專業人員	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 電腦認證筆試成績單 <input type="checkbox"/> 3. 照護管理課程(4 小時)證書 <input type="checkbox"/> 4. 見(實)習課程證明 <input type="checkbox"/> 5. 醫事人員證書(影本) <input type="checkbox"/> 6. 筆 試通過日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 7. 照護管理上課日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 8. 見(實)習通過日期：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 9. 見(實)習機構名稱：_____
	<input type="checkbox"/> 糖尿病衛教師(CDE)	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 中華民國糖尿病合格衛教人員證書 (CDE 效期內) <input type="checkbox"/> 3. 醫事人員證書(影本)
<input type="checkbox"/> 展延申請 <small>(影本資料請註明 「與正本相符」)</small>	<input type="checkbox"/> 醫 師：修習 48 小時 <input type="checkbox"/> 藥事專業人員：修習 48 小時 <input type="checkbox"/> 護理專業人員：修習 72 小時 <input type="checkbox"/> 營養專業人員：修習 72 小時	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 原證書(影本) <input type="checkbox"/> 3. 繼續教育課程佐證資料 <input type="checkbox"/> 4. 原證書字號：南市糖網字 () 第_____號 <input type="checkbox"/> 5. 自評已完成繼續教育課程共_____小時(學分)
<input type="checkbox"/> 外縣市換證 <small>(影本資料請註明 「與正本相符」)</small>	凡取得其它縣市照護網認證，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，有效期限為原本證書之有效年限。	<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 外縣市糖尿病共同照護網證書 (效期內) <input type="checkbox"/> 3. 醫事人員證書(影本)

臺南市糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表

應附資料自我檢核 (已附上項目請打勾)			
認證申請項目	申請類別(請勾選)	檢 附 文 件	
<input type="checkbox"/> 換發證書 <small>(影本資料請註明與正本相符)</small>	<input type="checkbox"/> 1.更改姓名或身分證編號 <input type="checkbox"/> 2.原發證書資料誤繕 <input type="checkbox"/> 3.原發證書破損 <input type="checkbox"/> 4.其他：	<input type="checkbox"/> 1.糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2.糖尿病共同照護網醫事人員「舊」證書正本 <input type="checkbox"/> 3.醫事人員證書(影本) <input type="checkbox"/> 4.身分證(影本) ※僅更改姓名或身分證編號者須附	
<input type="checkbox"/> 遺失補發	<small>於證書有效期限內，不慎遺失申請補發本市糖網證書者，有效期限為原本證書之有效年限。</small>	<input type="checkbox"/> 1.糖尿病共同照護網醫事人員證書申請資料表(本表) <input type="checkbox"/> 2.證書申請補發切結書(正本) <input type="checkbox"/> 3.醫事人員證書(影本)	
※本人加入「臺南市糖尿病共同照護網」，願遵守共同照護網之相關規定，並願意積極推廣糖尿病業務： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 申請者簽名：_____ (必填)			
<small>備註：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、請將本申請表連同檢附文件(影本資料需註明「與正本相符」)，寄至臺南市政府衛生局國民健康科林先生收， 地址：730213 臺南市新營區東興路 163 號，電話：06-6357716 分機 249。</small>			
(以下由衛生局審查人員填寫)			
收件日期	_____年_____月_____日	審查日期	_____年_____月_____日
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因：		
本次申請證書字號	南市糖網字(新/展/換/補)第_____號		
本次證書有效期間	自民國_____年_____月_____日至民國_____年_____月_____日		
審查人員 簽章	承辦人 股長 科長 局長		