

嘉義市糖尿病共同照護網醫事人員補發/換發申請書

執業醫療院所 名稱		執業醫療院所 代碼	
申請人 姓名		出生日期	中華民國 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
職稱		電子信箱	
通訊地址			
聯絡電話	(O):	(H):	手機:
醫事證書字號 (請附證書影本)	<input type="checkbox"/> 醫字 第 號 <input type="checkbox"/> 護理字 (<input type="checkbox"/> 護字) 第 號 <input type="checkbox"/> 營養字 第 號 <input type="checkbox"/> 藥字 第 號 <input type="checkbox"/> 其他:		
原糖尿病 共同照護證書 號碼	嘉市糖網證_____字第 號		
申請原因	換發: <input type="checkbox"/> 1. 更改姓名 <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 _____。 補發: <input type="checkbox"/> 1. 不慎遺失 <input type="checkbox"/> 2. 其他 _____。		
審查結果 <small>(本欄申請人勿填寫)</small>	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____。		
擬 辦	批 示		