糖尿病共同照護網醫事人員認證參與見(實)習課程證明

學員姓名		出生年月日	年　月　日
身分證字號		聯絡電話	(　)
專業別	□醫師　□護理　□營養　□藥師		
受理(見)實習機構名稱			
參與見習期間	自　年　月　日至　月　日止(計3日)	報告個案討論會日期	第一次　年　月　日 第二次　年　月　日
繳交實習收案之書面報告	□是　□否	繳交見習報告	□是　□否 (此欄僅需營養專業填寫)
綜合考評意見	□經審慎考核，予以「通過」 □經審慎考核，予以「不通過」 □其他(請序明理由)		
指導人員(簽章)			受理單位主管(簽章)