

# 嘉義市糖尿病共同照護網醫事人員初次認證申請書

申請日：中華民國 年 月 日

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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
職稱		電子信箱									
通訊地址	住家： 醫院：										
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：_____字 第 號										
檢附證件	<input type="checkbox"/> 專業人員證書影本 <input type="checkbox"/> 執業執照影本 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病衛教人員合格證書(CDE)影本；CDE取得日期：_____。 <input type="checkbox"/> 外縣市糖尿病共同照護網認證證書 <input type="checkbox"/> 糖尿病共同照護網：照護管理課程 <input type="checkbox"/> 有 (附證明文件)； <input type="checkbox"/> 無。 專業知識課程筆試 <input type="checkbox"/> 通過_____年(附證明文件)； <input type="checkbox"/> 未通過。 見(實)習時間_____小時(日)，醫療院所_____。 報告個案討論時間_____。										
申請資格	<input type="checkbox"/> 一、內分泌暨新陳代謝專科醫師：具照護管理課程4小時。 <input type="checkbox"/> 二、其他科醫師：專業知識課程筆試合格，照護管理課程4小時，見(實)習4小時及個案討論會1次。 <input type="checkbox"/> 三、護理專業人員：專業知識課程筆試合格，照護管理課程4小時，見(實)習2.5日。 <input type="checkbox"/> 四、營養專業人員：專業知識課程筆試合格，照護管理課程4小時，見(實)習2.5日。 <input type="checkbox"/> 五、藥師專業人員：專業知識課程筆試合格，照護管理課程4小時，見(實)習1.5日。 <input type="checkbox"/> 六、具備認證之糖尿病合格衛教人員。 <input type="checkbox"/> 七、其他相關醫事人員：參加「照護管理課程」，得可加入糖尿病共同照護網，並給予學分證明。 <input type="checkbox"/> 八、具外縣市糖尿病共同照護網認證證書。										
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____										
證書字號	嘉市糖網證 字第 號										
認證時效	中華民國 年 月 日至 年 月 日										
擬 辦	批 示										