

新竹縣糖尿病共同照護網醫事人員證書申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日 身分證字號(必填)	年 月 日
住址					
聯絡電話	(O): _____ (H): _____ 手機號碼: _____				
電子信箱					
目前執業狀況	<input type="checkbox"/> 執業院所名稱: _____ <input type="checkbox"/> 待業				
目前職務	職稱 _____ <input type="checkbox"/> 專任 職稱 _____ <input type="checkbox"/> 兼任, 兼任之醫療院所: _____				
專業資格暨專業證書	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 新陳代謝專科證書 <input type="checkbox"/> 內科專科證書 <input type="checkbox"/> 家醫科專科證書 <input type="checkbox"/> 其它: _____ 科 專科證書 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病合格衛教人員證書(CDE) ※CDE取得日期: _____ (以上請附上證書影本)		<input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 營養師執照 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病合格衛教人員證書(CDE) ※CDE取得日期: _____ (以上請附上證書影本)		<input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 護理師執照 <input type="checkbox"/> 護士執照 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病合格衛教人員證書(CDE) ※CDE取得日期: _____ (以上請附上證書影本)
課程積分	1. <input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 電腦筆試合格成績單 <input type="checkbox"/> 照護管理課程: _____ 學分 <input type="checkbox"/> 見(實)習課程: _____ 學分 (以上皆請附上相關證明影本)		2. <input type="checkbox"/> 展延申請 (1) 醫師或藥師需於證書有效期限內完成繼續教育 48 小時。 (2) 護理、營養師需於有效期限內完成繼續教育 72 小時。 (3) 繼續教育, _____ 小時 ※新竹縣糖尿病共同照護網證書號: 新縣衛糖字第 _____ 號 (以上皆請附上相關證明影本)		
※ 本人加入「新竹縣糖尿病共同照護網」, 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"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意 簽名: _____					
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合, 原因: _____			審查日期: _____ 年 月 日	
認證效期	自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
證書字號	新竹縣糖尿病共同照護網證書號: 新縣衛糖字第 _____ 號 (由審查人員填寫)				

備註: 請將所需申請文件備妥後, 寄至 30295 新竹縣竹北市光明七街 1 號。

衛生局承辦人員

科長