

南投縣糖尿病共同照護網醫事人員實習課程申請表

113年3月修訂

*申請日期： 年 月 日

*姓 名(親簽)		*出生年月日	年 月 日
*身分證字號		*通過專業知識 課程筆試日期	年 月 日
*服務單位			
*聯絡方式	電 話： 手 機： 地 址： E-mail：	*醫事 人員別	☐ 醫師(4小時及至少1次個案討論會) ☐ 護理師(2.5日) ☐ 護士(2.5日) ☐ 營養師(2.5日) ☐ 藥師(1.5日) ☐ 藥劑生(1.5日)
*醫事人員證書 暨執業執照	☐ 醫事人員證書影本 ☐ 醫事人員執業執照影本		
*申請實習 機構名稱	☐ 衛生福利部南投醫院(醫、護、營) ☐ 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院(醫、護、營) ☐ 臺中榮民總醫院埔里分院(醫、護、營、藥) ☐ 竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院(醫、護、營) ☐ 忠聖診所(醫、護、營) ☐ 陳宏麟診所(醫、護、營、藥) ☐ 安杏診所(醫、護、營) ☐ 其它(外縣市)_____		
*實習日期	年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____ 年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____ 年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____		
*個案討論會 (限醫師)	年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____		

備註：

1. 欲申請本縣糖尿病共同照護網認證者，需筆試及格、通過實習（各類醫事人員之實習內容規範，依衛生福利部國民健康署制訂實習課程），且須參加「照護管理課程」4小時（可至線上課程“台北E大”）。
2. 學員至受理實習機構時，請檢附「糖尿病共同照護醫事人員認證『專業知識課程』」筆試通過及格證明。
3. 請學員先徵詢實習機構同意後，再填妥該申請表單並檢附公文、筆試通過及格證明及醫事人員證書、執照影本提出申請。
4. 請於實習日前一個月提出申請。
5. 如申請共照網證證書需同時檢附實習課程證明單。
6. *記號項目皆需填寫

南投縣糖尿病共同照護網醫事人員實習課程證明單

113年3月修訂

姓 名			出生年月日	年 月 日
身分證字號			通過專業知識 課程筆試日期	年 月 日
服務單位				
聯絡方式	電 話： 手 機： 地 址： E-mail：	醫事 人員別	☐ 醫師(4小時及至少1次個案討論會) ☐ 護理師(2.5日) ☐ 護士(2.5日) ☐ 營養師(2.5日) ☐ 藥師(1.5日) ☐ 藥劑生(1.5日)	
實習 機構名稱	☐ 衛生福利部南投醫院(醫、護、營) ☐ 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院(醫、護、營) ☐ 臺中榮民總醫院埔里分院(醫、護、營、藥) ☐ 竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院(醫、護、營) ☐ 忠聖診所(醫、護、營) ☐ 陳宏麟診所(醫、護、營、藥) ☐ 安杏診所(醫、護、營) 其它(外縣市)_____			
實習日期	年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____ 年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____ 年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____			
個案討論會 (限醫師)	年 月 日上午： ____:____~____:____ 下午____:____~____:____			
綜合考評 意見	☐ 經本院(所)考核，予以「通過」。 ☐ 經本院(所)考核，予以「不通過」。 ☐ 其他(請序明理由)： _____。			
受理單位 指導人員 (簽章)			受理實習 機構名稱 (蓋印)	

◎備註：*糖尿病共同照護網醫事人員認證基準

*糖尿病共同照護網醫事人員之專業知識課程筆試，有效期限為3年。