

## 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

修訂日期：108.03

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日 身分證字號	年 月 日
住址					
聯絡電話	(0): _____ 手機號碼:				
電子信箱					
執業職務	<input type="checkbox"/> 執業院所名稱： <input type="checkbox"/> 待業		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"/> 醫師證書 <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： (以上請附證書影本)	<input type="checkbox"/> 藥師證書 <input type="checkbox"/> 藥師執照 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病合格衛教人員證書 (CDE) ※CDE 取得日期： (以上請附證書影本)	<input type="checkbox"/> 營養師證書 <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： (以上請附證書影本)	<input type="checkbox"/> 護士/護理師證書 <input type="checkbox"/> 護士/護理師執照 <input type="checkbox"/> 中華民國糖尿病合格衛教人員證書 (CDE) ※CDE 取得日期： (以上請附證書影本)	
課程積分	<input type="checkbox"/> 專業知識課程筆試合格成績單 <input type="checkbox"/> 照護管理課程 <input type="checkbox"/> 見(實)習通過證明 (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