

糖尿病共同照護網醫事人員認證見(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 方 式	電 話： 手 機： E-mail：
專 業 別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 藥師		
受 理 (見) 實 習 機 構 名 稱			
參 與 見 習 期 間	自 年 月 日 時 至 年 月 日 時	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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	繳 交 見 習 報 告	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (此欄僅需營養專業填寫)
綜 合 考 評 意 見			
受 理 單 位 核 章 (單 位 章)		見 (實) 習 之 師 資 規 定	各 類 醫 事 人 員 見 (實) 習 師 資 規 定 依 衛 生 福 利 部 國 民 健 康 署 「 糖 尿 病 共 同 照 護 網 醫 事 人 員 認 證 基 準 」 第 五 條 辦 理 。