

臺中市糖尿病共同照護網醫事人員認證見(實)習課程證明

學 姓	員 名	出 生 年 月 日	年 月 日
身 分 字	證 號	聯 絡 方 式	電 話 : 手 機 :
專 業 別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 藥師		
※參與見(實)習期間	自 年 月 日 時至 月 日 時止，共計_____日		
※報告個案討論會 日 期	1次個案討論會 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 藥師 _____年 月 日		2次個案討論會 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 營養師 _____年 月 日及 _____年 月 日
※繳交見習報告	_____年 月 日		
※繳交實習收案 之書面報告	_____年 月 日		
綜合考評意見	<input type="checkbox"/> 經審慎考核，予以「通過」。 <input type="checkbox"/> 經審慎考核，予以「不通過」。 <input type="checkbox"/> 其他(請序明理由)：_____。		
受理單位主管：			
指導人員(簽章)		受理(見) 實習機構 名稱(蓋印)	

備註:1.『※』為必填欄位 2.若為院所開立的證明，內容務必附帶說明個案討論日期

※一式三聯：第一聯同認證申請資料繳至衛生局； 第二聯訓練醫院留存； 第三聯學員保存