

『臺中市糖尿病共同照護網』醫事人員認證申請書

姓名		身分證號碼		出生年月日	
聯絡電話(手機)			E-mail		
所屬團隊機構地址			團隊窗口		
執業別及醫事證書字號 (需附執業執照及證書資料影本)	醫師 <input type="checkbox"/> 醫字 第 _____ 號 <input type="checkbox"/> 專科醫師 專字第 _____ 號 (有專科證書者必填) 藥師 <input type="checkbox"/> 藥字 (<input type="checkbox"/> 藥生字) 第 _____ 號 護理 <input type="checkbox"/> 護理字 (<input type="checkbox"/> 護字) 第 _____ 號 營養 <input type="checkbox"/> 營養字 第 _____ 號				
具中華民國糖尿病衛教學會衛教師合格證書	證書糖衛證字 號(具 CDE 者必填)				
本人已獲『所屬認證照護團隊』同意申請辦理下列『臺中市糖尿病共同照護網』認證相關事宜，並願遵守共同照護網之相關規定。 ※所屬認證照護團隊：_____ (團隊章或團隊代表簽名)					
申請事項	本人自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起 <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 個人 or <input type="checkbox"/> 新團隊加入: 院所負責人：_____ 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 <input type="checkbox"/> 展延 <input type="checkbox"/> 支援 _____ 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 <input type="checkbox"/> 異動 由 _____ 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 異動至 _____ 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 <input type="checkbox"/> 註銷 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 整個團隊 _____ 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 (原因 _____) <input type="checkbox"/> 個人認證 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____				
※申請人簽名處：_____ (請務必記得簽名)					
請依申請性質勾選所需檢附資料加入： ※具 CDE 資格者：2+3+申請書 ※無 CDE 資格者：2+4+5+6+申請書 ※具外縣市認證資格：2+7+申請書 展延：1+2+8+申請書 註銷：1+申請書 異動：1+2+申請書 支援：1+2+申請書	<input type="checkbox"/> 1. 本市糖尿病共同照護網醫事人員認證證書~(正本) 認證有效日期：自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止 (展延、異動、支援及註銷者填寫) <input type="checkbox"/> 2. 醫事證書及執業執照正、反面影本(請用 A4 大小) ~ (影本) <input type="checkbox"/> 3. 中華民國糖尿病衛教學會衛教師證書(CDE)~(影本) (有效期限自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止) <input type="checkbox"/> 4. 糖尿病照護管理課程 4 小時~(正本) <input type="checkbox"/> 5. 糖尿病專業筆試及格證明(有效期限 3 年)~(正本) <input type="checkbox"/> 6. 見(實)習證明~(正本) (若醫師須附個案討論會證明) <input type="checkbox"/> 7. 其他縣市糖尿病共同照護網認證證書(本局保留審核權利)~(正本) (有效期限自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止) <input type="checkbox"/> 8. 證書有效期間(6 年)研習證明共 _____ 學分~(正本, 請先自行彰顯有效學分) 學分採認條件：由各縣市糖尿病共同照護網、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會或衛生福利部國民健康署所主辦或認定之糖尿病相關專業課程，另其他學會辦理須經上述單位審議同意使得採認。				
審查結果	<input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 符合 (由審查單位填寫) 審核結果：認證有效日期：自 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止				
審查人員簽章	承辦人 _____ 股長 _____ 科長 _____				

-----續背面-----

注意事項：

1. 凡參加「全民健康保險糖尿病品質支付服務」之認證院所必須填寫本申請書向本局保健科報備，衛生局於完成認證審核後函知健保署中區業務組，醫療院所不需另向健保署中區業務組報備；於經核准後始得申報「全民健康保險糖尿病品質支付服務」之相關醫療費用。
2. 醫療團隊成員若有異動或離職(退休)，請於事件發生後二週內重新填寫本申請書，提送本局核備。
3. 請以正楷清楚填寫或繕打，避免資料錯誤，影響個人權益。
4. 表單請連同相關證書及資料寄送臺中市政府衛生局保健科申請(地址：420 臺中市豐原區中興路 136 號·保健科~健康管理股，聯絡電話：04-25265394 轉 3340)。
5. 各院所『支援』合作時，請依據相關醫事人員法規規範事先申請報備支援，經核准後始得前往執行業務，以免受罰。
6. 若需同時申請使用臺中市糖尿病共同照護網服務管理系統，請至臺中市政府衛生局網站(專業服務→中老年(慢性病)防治→「臺中市糖尿病共同照護網」醫事人員加入、展延、註銷、異動及支援認證申請作業資料)下載『照護網服務系統異動申請表』。