

『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 及電話		
執業別及醫事證書字號 (需同時附 執業執照 及 證書 資料影本)	醫師 ☐ 醫字		第	號	
	☐ 專科醫師		專字第	號	(有專科證書者必填)
	藥師 ☐ 藥字 (☐ 藥生字)		第	號	
	護理 ☐ 護理字 (☐ 護字)		第	號	
	營養 ☐ 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 者必填並檢附影本)				
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				
	☐ 個人加入_____醫院(診所)名稱 & 院所代碼_____				
	☐ 新團隊加入:院所負責人: _____ ; 醫院(診所)名稱 & 院所代碼 (請附醫療機構開業執照影本)				
	☐ 展延				
	☐ 支援 _____醫院(診所)名稱 & 院所代碼_____				
	☐ 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_____				
	☐ 註銷【 ☐ 個人 ☐ 整個團隊】_____醫院(診所)名稱 & 院所代碼_____ (原因_____)				
☐ 個人認證					
☐ 其他: _____					
※申請人確認後簽名處：_____ (請務必記得簽名)					
請依申請性質勾選所需檢附資料加入： ※無資格者:2+3+5+6+7 申請書 ※具外(本)縣市資格:1+2+3+申請書 ※具 CDE 資格者:2+3+4+申請書 展延:1+2+3+4+8+申請書 註銷:1+申請書 異動:1+2+3+4+申請書 支援:1+2+3+4+申請書			☐ 1.本市或其他縣市 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) ☐ 2.醫事證書 (請用 A4 大小) ~ (影本) ☐ 3.執業執照正、反面影本(請用 A4 大小) ~ (影本, 若待業者, 無需檢附) ☐ 4.中華民國糖尿病衛教學會衛教師證書(CDE)~ (影本, 若無此資格者, 無需檢附) (有效期限自____年____月____日至____年____月____日止) ☐ 5.糖尿病照護管理課程 4 小時~ (正本) ☐ 6.糖尿病專業筆試及格證明(有效期限 3 年)~ (正本) ☐ 7.見(實)習證明~ (正本) (證明須註明個案討論會日期) ☐ 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始得採認。		
審查結果 (由審查單位填寫)	☐ 不符合 ☐ 符合 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 3341)。
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. 若需瞭解臺中市糖尿病共同照護網相關資料，請至臺中市政府衛生局網站(專業服務→慢性病及中老年防治→糖尿病→「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。