

澎湖縣糖尿病共同照護網

文號：
保存年限：

醫療機構申請書

申請日期： 年 月 日

執業醫療院所名稱			執業醫療院所代碼		
負責醫師 姓名		聯絡 電話		傳真 電話	
出生年月日		性別		身分證 字號	
電子信箱					
通訊地址					
申請醫療機構等級	☐ 診所 ☐ 衛生所 ☐ 醫院 ☐ 地區醫院 ☐ 地區教學醫院				
醫師證書字號 (請附證書影本)		專科醫師 證書字號 (請附證書 影本)		執業 科別	☐ 新陳代謝科 ☐ 內科 ☐ 家醫科 ☐ 其它
繼續教育積分	1. ☐ 第一次申請 (請附上相關證書影本)		2. ☐ 展延申請 (請附上相關證書影本)		
	☐ 甲類學分，_____學分 ☐ 通識課程，_____學分 ☐ 個案討論，_____學分		☐ 乙類學分，_____學分 ☐ 見習學分，_____學分		
本機構加入「澎湖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保健業務 ☐ 願意 ☐ 不願意					
審查結果	☐ 符合 ☐ 不符合，原因				
審查人員簽章	局長 科長 承辦人員				

備註：

1. 本申請書填寫對象為醫師，請備妥其他相關人員繼續教育積分，共40學分。
2. 請將所需申請文件備妥後送至保健科，承辦人員初審後送至公文收發室。