



嘉義縣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"/> 藥事人員 | | |
| 目 前 服 務 單 位 | | | |
| 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 止 | 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 | <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) | | |
| 指 導 人 員 (簽 章) | | 受 理 單 位 主 管 (簽 章) | |
| | | | |
| | | | |