

臺北市政府衛生局
「心血管疾病防治網」醫事人員認證申請書

執業醫療院所名稱		執業醫療院所代碼	
姓名	出生 年月日	身分證統 一編號	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡地址 (請填證書 寄送地址)			
聯絡電話		電子郵件	
醫事人員證書字號 (必填)	<input type="checkbox"/> 醫字	第	號
	<input type="checkbox"/> 護理字 (<input type="checkbox"/> 護字)	第	號
	<input type="checkbox"/> 營養字	第	號
	<input type="checkbox"/> 檢字	第	號
	<input type="checkbox"/> 藥字	第	號
	<input type="checkbox"/> _____字	第	號
執業別	<input type="checkbox"/> 醫師	<input type="checkbox"/> 護理	
	<input type="checkbox"/> 營養	<input type="checkbox"/> 藥劑	
	<input type="checkbox"/> 檢驗	<input type="checkbox"/> 其他_____	
※請勾選右 列申請身份 別，並檢附 相關資料。	<input type="checkbox"/> 醫事人員 (請檢附下列證明文件影本) 1. 醫事人員證書影本。 2. 修畢台北 E 大數位課程「心血管疾病防治認證 e 化課程-限醫事人員」16 小時。		
	<input type="checkbox"/> 心臟專科醫師 (請檢附下列證明文件影本) 1. 心臟專科醫師證書影本。 2. 修畢台北 E 大數位課程「心血管疾病防治認證 e 化課程-限心臟專科醫師」1 小時。		
本人自願參與『臺北市心血管疾病防治網』，並願遵守心血管疾病防治網之相關規定 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 (必勾選其中一項)			
審查結果	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 (由審查單位回覆)		
審查人員 簽章	承辦人	單位主管	

說明：

1. 台北 E 大數位課程「心血管疾病防治認證 e 化課程」學分證明書影本可由「台北 E 大」網站列印學分證明資料。
2. 請以正楷清楚填寫或繕打，避免資料錯誤，影響個人權益。
3. 本表請連同相關證書及學分證明以**郵寄/傳真/E-mail**等方式送至臺北市政府衛生局健康管理科成人保健股 (郵寄地址：110 臺北市信義區市府路 1 號/傳真電話：02-87884560) 申請。
4. E-mail：TPE-cvdm@health.gov.tw