# 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 | □男□女□其他 |
| 聯絡地址（請填證書寄送地址） | | | | | | | |
| 聯絡電話 | | 電子郵件 | | | | | |
| 醫事人員証書字號（必填） | □醫字　　第　　號<br>□護理字（□護字）第　　號<br>□營養字　　第　　號<br>□檢字　　第　　號<br>□藥字　　第　　號<br>□_____字　　第　　號 | | | | | | |
| 執業別 | □醫師　□護理<br>□營養　□藥劑<br>□檢驗　□其他_____ | | | | | | |
| ※請勾選右列申請身份別，並檢附相關資料。 | □醫事人員（請檢附下列證明文件影本）<br>1. 醫事人員證書影本。<br>2修畢台北 E 大數位課程「心血管防治認證 e 化課程-限醫事人員」16小時。 | | | | | | |
| | □心臟專科醫師（請檢附下列證明文件影本）<br>1. 心臟專科醫師證書影本。<br>2. 修畢台北 E 大數位課程「心血管防治認證 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□同意　□不同意　（必勾選其中一項） | | | | | | | |
| 審查結果 | □符合　□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