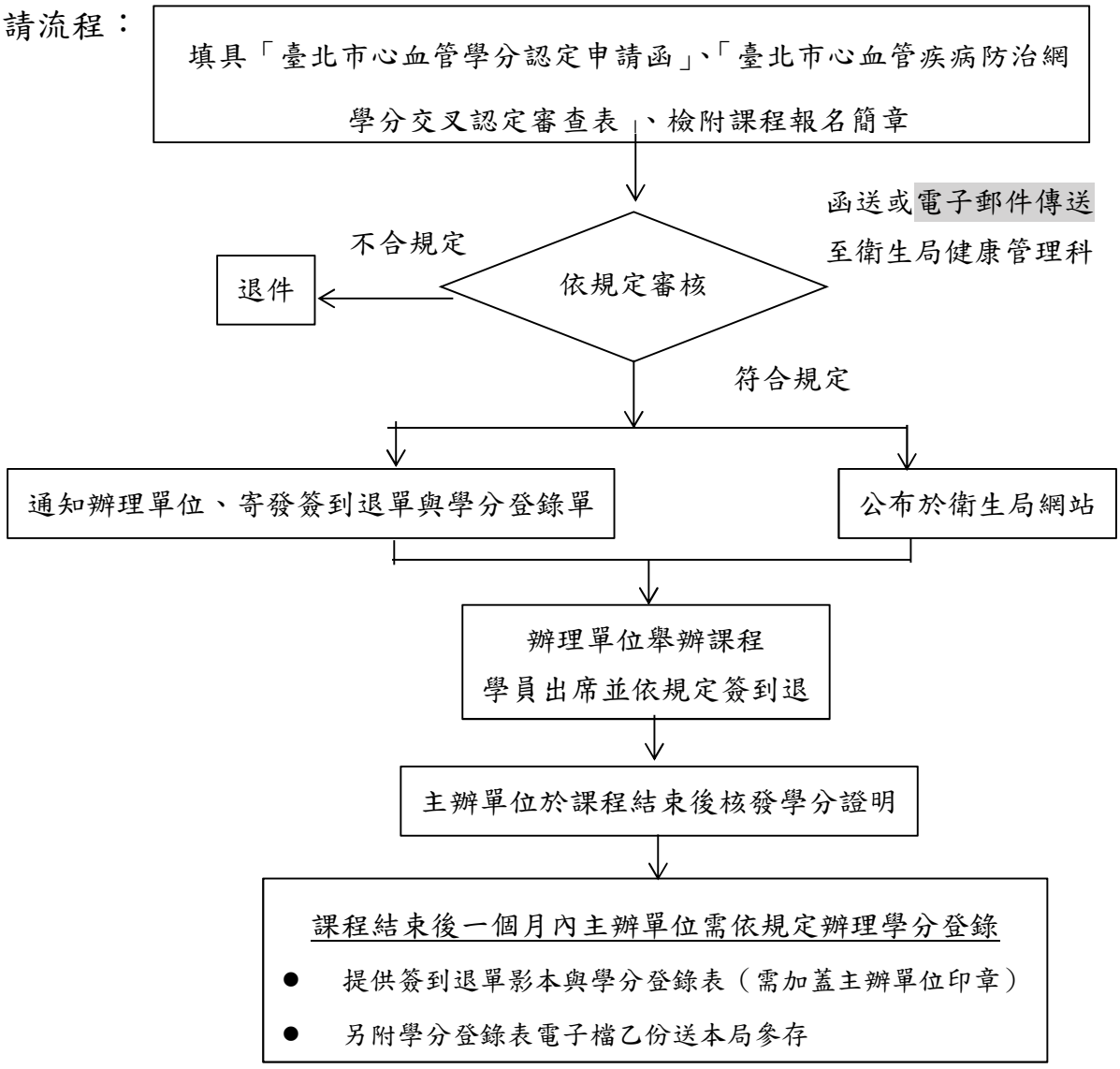
臺北市心血管疾病防治網課程學分交叉認定審查作業須知

一、依據：臺北市政府衛生局心血管疾病防治網（以下簡稱本防治網）認證要點第三點第二項訂定之。

二、申請流程：



三、注意事項

1. 本防治網展延課程由相關醫事團體、專業學會、醫事機構主辦者，其教育課程之課程主題，必須與當年度臺北市政府衛生局（以下簡稱本局）公告之展延繼續教育課程主題相關，並包含關鍵字；如有疑義，由本防治網推動委員會委員審議後再行核定。
2. 本防治網申請學分交叉認定應於活動開辦前一個月前完成，未依規定期限申請者恕不受理；學分核定本課程舉辦之日期、時間或授課者如有變動，請於原訂舉辦日期之兩週前書面函請本防治網備查。
3. 申請學分交叉認定，除需繳交申請書與審核表（附件1、2），並須於連同課程報名簡章（課程報名表與課程表之電子檔，課程需附上摘要）送本局審核，以利本局審核後公告上網。
4. 主辦單位須於課程結束後依簽到退紀錄核發學分證明（格式如附件3）。

5. 課程結束後一個月內提供簽到退單影本與學分登錄表（需加蓋主辦單位印章；可利用掃描或傳真），並另附學分登錄表電子檔乙份，俾便本局存參查核。
6. 請轉知學員務必依簽到退單格式填寫正確資料與簽名，以避免因資料不全無法登輸學分時數，影響認證資格與個人權益。

本防治網得不定期訪查各項教育活動實施之情況，如有嚴重違反本防治網相關規定之情事，本防治網得註銷其認定。如因而遭致個人或團體之權益受損，概由主辦單位自行負責。

7. 承辦人： TEL：1999（外縣市請撥02-27208889）分機1801
   FAX：02-8788-4560
   E-mail：TPE-cvdm@health.gov.tw
   郵寄地址：臺北市政府衛生局健康管理科成人保健股（11008臺北市信義區市府路1號東南區2樓）

附件1

臺北市心血管疾病防治網學分認定申請函

茲申請舉辦臺北市心血管疾病防治網課程：

一、時　間：　年 月 日　時 分至　年　月　日　時　分

二、主　題：

三、主辦單位：

四、時　數：全程　　節，共　　小時。

五、上課地點：

六、名額：＿＿＿人

謹檢具此份申請書及下列各項「✓」者：

□ 課程表與報名表各一份（電子檔）

□學分交叉認定審查表

□非電子郵件申請者，請貼妥足額郵資之回郵信封

(已書寫主辦單位名稱、收件人或承辦人、姓名、地址，以便寄發簽名簿)

請授權本單位依據個人實際參加之時數核發教育積分證明。

此致

臺北市心血管疾病防治網

申請單位：　　謹啟

地　址：

聯 絡 人：

聯絡電話：　　分機：

E-mail：

中　華　民　國　　年　　月　　日

附件2

臺北市心血管疾病防治網學分交叉認定審查表

活動名稱：

課程日期：

課程主題 （關鍵字請加底線）	**時間** （起迄時間）	**講師姓名**	**授課資格（則一填寫即可）**		**審核時數**
			心臟專科醫師字號	心血管疾病防治網醫事人員證書字號	
					此部分由審核人員填寫

附件3

臺北市心血管疾病防治網繼續教育課程學分證明書

學員姓名：

身分證字號：

課程名稱：

課程時間：　年　月　日　：　~　：　（共計　小時）

※經認定臺北市心血管疾病防治網展延繼續教育課程　學分

主辦單位：

中　華　民　國　年　月　日

主辦單位核章

報　名　表

一、日期：

二、對象：心血管疾病防治網醫事人員

三、地點：

四、主辦單位：

五、報名方式：傳真報名

六、開放報名日期：

七、名額預定為　人。

課程聯絡人：　　聯絡電話：

傳　真：

※以下欄位請正確填入（包括 E-MAIL），資料需填寫完整，才受理課程報名。

姓名：　　性別：　　身份證號：
出生日期：　　公務人員註記：□是 □否
服務單位：　　醫事證書字號：
醫事人員類別：□醫師□護理人員□營養師□藥事人員□其他
戶籍地址：□□□
通訊地址：□□□
電話：(O)　　(H)　　手機：
E-MAIL：
心血管疾病防治網認證字號：