「臺北市心血管疾病防治網」機構展延申請書

一、目的：

臺北市政府衛生局自91年起以衛生行政的力量，建構一個跨專科、跨專業、基層級的心血管疾病防治網，推動心血管疾病防治網醫事機構及人員認證，期使病人得到早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護的理想醫療。

二、申請認證辦法：**(請先詳讀)**

醫事人員應取得心血管疾病防治網所舉辦之教育訓練課程的相關學分，並通過認證；醫療院所必須由一位認證醫師代表提出申請，填具「臺北市心血管疾病防治網機構認證申請書」(加蓋機構大小章)及「臺北市心血管疾病防治網照護團隊人員申報表」,(若該院所僅有一名認證人員，亦應填具照護團隊人員申報)填寫臺北市心血管疾病防治網機構展延申請書及臺北市心血管疾病防治網照護團隊認證申報表**正本**，檢附醫療機構開業執照、醫事人員執業執照、醫事人員通過認證證書（或人員認證/展延申請書）之**影本**辦理。

三、認證機構及醫事人員之權利與義務：

(一)權利部分：

1. 得與本市防治網內醫療院所互訂轉診、轉檢事宜。
2. 獲得心血管疾病防治網相關資訊。
3. 得優先參與臺北市心血管疾病防治網所舉辦的醫事人員教育訓練課程，並取得相關學分。

(二)義務部分：

1. 應遵守心血管疾病防治網所訂定之治療規範。
2. 轉診時應檢附齊全之病患基本資料。
3. 大型醫院與小型院所應互相接受轉診、轉檢。
4. 各醫療院所應接受衛生署及臺北市政府衛生局監督與管理。
5. 負有民眾衛生教育與醫事人員教育訓練之責任。
6. 認證機構若有三種專業人員(護理、營養、醫師)或三類專科醫師以上編制，應成立院內跨專業之心血管疾病防治小組。
7. 認證機構應負責院內相關醫事人員有關心血管疾病的訓練，可向本委員會申請學分認證及人員認證等。

本機構已瞭解各項權利義務，願意加入臺北市心血管疾病防治網，並同意遵守上述事項。

此致

臺北市政府衛生局

機構名稱：_____(簽章)　機構負責人：_____(簽章)

認證醫師代表：_____　　聯絡電話：_____

傳真號碼：_____　　醫事服務機構健保代號：_____

機構地址：郵遞區號□□□□□

臺北市_____區_____路（街）_____段_____巷_____號

中 華 民 國　　年　　月　　日

臺北市心血管疾病防治網照護團隊申報表

醫事服務機構健保代碼：_____

醫事服務機構名稱：_____　聯絡人姓名：_____　聯絡電話：_____

醫事服務機構電子郵件信箱：_____　醫事服務機構網址：_____

心血管疾病防治團隊成員：(成員需取得心血管疾病防治網醫事人員認證)

類別	姓名	身分證字號	醫事人員證書字號	申請情形		
				目前具有效期內之心血管醫事人員證書		未曾認證獲今年度認證到期（需另行檢附申請表及佐證附件辦理）
機構代表醫師 ☐ 三年內曾執業異動				（證書字號）	（有效期限）	☐本次一併申請展延 ☐本次新申請認證
團隊成員				（證書字號）	（有效期限）	☐本次一併申請展延 ☐本次新申請認證
				（證書字號）	（有效期限）	☐本次一併申請展延 ☐本次新申請認證
				（證書字號）	（有效期限）	☐本次一併申請展延 ☐本次新申請認證

注意事項：

1. 請以正楷清楚填寫。表格不敷使用請自行影印。
2. 醫事證書字號請填醫事人員證書字號，如：醫字、護理字、藥字等，**請勿**填專科、次專科或學會證書號碼。
3. 護理人員的證書字號請特別注意有「護字」與「護理字」的不同字號。
4. 心血管疾病防治網認證醫事人員名單、照護網認證證書字號及證書起迄日期請至下列網址查詢：臺北市政府衛生局研討會活動服務系統/登入/學員管理作業/考試及格證書下載（網址：https://meeting.health.gov.tw/Home/Login)。
5. 請郵寄至臺北市政府衛生局健康管理科成人保健股，如有相關問題可 E-mail：TPE-cvdm@health.gov.tw 聯絡。。