

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 日 期	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		
受 理 ( 見 ) 實 習 機 構 名 稱			
參 與 見 習 期 間	自 年 月 日 時 至 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 )