

臺北市政府衛生局
「心血管疾病防治網」醫事人員展延申請書

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	
臺北市心血管疾病防治網 證書字號		北市衛健心(展)字第 _____ 號 證書有效期限至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止	
執業別	<input type="checkbox"/> 心臟專科醫師 <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(註明) _____		
申請條款 (必填妥各項 學分數)	申請心血管疾病防治網醫事人員認證之展延，應於認證有效期限三年內，修畢展延繼續教育課程 18 學分，心臟專科醫師則需 6 學分。 <input type="checkbox"/> _____ 年展延繼續教育課程 _____ 學分 <input type="checkbox"/> _____ 年展延繼續教育課程 _____ 學分 <input type="checkbox"/> _____ 年展延繼續教育課程 _____ 學分		
已檢附相關證明 文件影本 (確認後請打勾)	<input type="checkbox"/> 臺北市心血管疾病防治網認證證書 <input type="checkbox"/> 展延繼續教育課程學分證明書 <input type="checkbox"/> 心臟專科醫師需另檢附心臟專科醫師證書		
本人自願參與『臺北市心血管疾病防治網』資格展延，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. 學分證明書影本可由「心血管糖尿病醫事認證資訊管理系統」下載資料。
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 等方式送至臺北市府衛生局健康管理科成人保健股(郵寄地址：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