

金門縣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		出生年月日	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 <input type="checkbox"/> 藥事		
(見)實習機構名稱			
參與見習期間	自 年 月 日 時 至 月 日 時止	參加個案討論會日期	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)	醫師		受理單位主管 (簽章)
	藥師		
	護理師		
	營養師		