

基隆市糖尿病共同照護網 實習申請單

申請日期： 年 月 日

姓 名		身份證字號	
專 業 別	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 藥理		
服務機構：			
職稱：			
機構代碼：			
Mail (請書寫清楚)			
學員收文地址			
聯絡電話/傳真	電話：	傳真：	
	手機：		
實習單位			
實習日期	全日日期： 年 月 日 上午日期： 下午日期：		
實習單位收費	<input type="checkbox"/> 是_____元 <input type="checkbox"/> 否		
筆試時間	年 月 日 (需檢附糖網筆試通過影本)		
備註：	<p>1. 請先行與受理實習單位承辦人敲定實習時間後，將實習申請單及筆試合格單採 e-mail 寄給承辦人，由局發文至受理單位。</p> <p>2、行政作業時間約需二星期，敬請提早申請，以利作業。</p> <p>3、受理見習單位及連繫電話(依筆畫排序)</p> <p><input type="checkbox"/>長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院 24313131-2355 衛教室</p> <p>4、基隆市衛生局保健科承辦人：吳秋樺 電話 24230181-1613； E-mail：alice@mail.klcg.gov.tw 傳真:2428-2255</p>		