

당뇨병 교육자 자격인정시험 응시원서 (신규)

성명			면허번호			사 진
분야	(의사, 간호사, 영양사, 사회복지사, 기타(직접기재))		면허 취득일			
생년월일 (8 자리)	(예: 1900-01-01)		e-mail			
휴대폰			유선전화			
근무처명						
주소 (인정증 배송처)	*인정증이 배송될 주소지입니다. 상세주소까지 정확하게 기재해 주시기 바랍니다. (예: 서울시 00 구 00 로 00 병원 본관 2층 당뇨교육실) (우편번호(5 자리):)					
근무 현황	현재	근무처명	근무기간	담당업무	당뇨병 교육 실무 경력	
					(년 개월)	
	이전				(년 개월)	
				(년 개월)		

상기 본인은 당뇨병 교육자 자격시험 지원자로서 본인이 제출한 모든 서류의 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인하며, 만일 기재 사실이 허위인 것으로 판명 되었을 때에는 시험의 정지, 합격의 무효 또는 당뇨병 교육자 자격인정 취소처분에도 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.

2024 년 월 일

성명 (서명 또는 인)

대한당뇨병학회 당뇨병 교육자 관리위원회 위원장 귀하

**** 당뇨병 교육경력 보고서 ****

“당뇨병 교육경력”에 대한 내용을 중심으로 A4 한 장내로 기술해 주시기 바랍니다.

- 작성내용 예)
- 당뇨병 관련된 업무를 몇 년도부터 시작하였는지
 - 현재 어떤 형태의 교육을 하는지(집단, 개별)
 - 일회 교육시간, 교육인원은 얼마나 되는지
 - 교육내용은 어떻게 되는지 등
- 최근 교육하시는 사진도 한 장 첨부해주시기 바랍니다.

전 분

당뇨병 교육자 평점 기록지

성명		병원명		면허번호	
분야	의사() 간호사 () 영양사 () 사회복지사 () 약사 () 기타(직접기재)				

<평점인정 해당기간 : 2020 년 1 월~2024 년 8 월>

1) 당뇨병 교육자 연수강좌 & 당뇨병 교육자 세미나

당뇨병 교육자 연수강좌			
개최일자	행사명	개최장소	평점
당뇨병 교육자 세미나			
개최일자	행사명	개최장소	평점

2) 학술대회 및 기타 행사 (학술대회, 연수강좌, 워크샵 등)

개최일자	행사명	개최장소	주최(본회, 지회, 분과회 등)	평점

3) 당뇨 캠프 *사전에 학회의 승인을 받은 행사에 한함

개최일자	행사명	개최장소	주최(지회, 병원 등)	평점

3) 기타: 분류란은 원저, 구연 또는 포스터, 강사 등으로 구분하여 표시한다.

저자	제목	분류	발표지 또는 대회명	평점

** 증빙서류 : 평점카드 사본, 참석확인증, 참석내역 조회화면 등 기타 증빙서류를 반드시 함께 제출하여야 한다.
(증빙서류가 확인되지 않는 행사는 참석으로 인정 불가)

별첨 4) 당뇨병 교육 확인서 **(교육 인증병원인 경우)**

당뇨병 교육 확인서

병원명		분야	
교육자 성함			
상기인 (이름:)은 “당뇨병교육 인증병원”에서 보건복지부 고시에 따라 교육이 원활히 이루어 질 수 있는 별도의 공간에서 최근 5년기간 중 2년 이상 당뇨병 환자를 대상으로 교육 실무에 종사하며 500 시간 이상 집단교육 및 개별교육을 실시하였음을 증명함. 당뇨병 교육 책임자(의사) _____ (서명 또는 인) 각 해당 분과 부서장* _____ (서명 또는 인)			

* 당뇨병 교육 책임자는 의료분과 선생님의 사인을, 각 해당 분과 부서장은 각 분과의 부서장 (예: 간호사는 간호분과 부서장) 의 사인을 날인해 주시면 됩니다.

별첨 4-1) 당뇨병 교육 확인서 (교육 인증병원 이외의 기관인 경우)

당뇨병 교육 확인서

병원명		분야	
교육자 성함			
상기인 (이름:)은 “당뇨병교육 인증병원 이외의 기관”에서 보건복지부 고시에 따라 교육이 원활히 이루어 질 수 있는 별도의 공간에서 당뇨병 교육팀원으로 당뇨병 환자를 대상으로 최근 5 년기간 중 2 년 이상 당뇨병 환자를 대상으로 교육 실무에 종사하며 500 시간 이상 집단교육 및 개별교육을 실시하였음을 증명함. 당뇨병 교육 책임자(의사) (서명 또는 인) 해당 분과 부서장* (서명 또는 인)			

당뇨병 교육자 집중교육 이수 확인서

병원명		분야	
교육자 성함			
상기인(이름:)은 “당뇨병교육 인증병원 이외의 기관” 근무자로 당뇨병 교육자 자격인정규정에 의거 최근 5 년 이내에 당뇨병 교육자 집중교육을 이수하였음. 성명 (서명 또는 인) ** 증빙서류: 당뇨병 교육자 집중교육 수료증 사본 첨부			

당뇨병 교육 팀원 확인서

병 원 명			
병원주소			
당뇨병교육책임자		전화번호	
이메일			

◆ 당뇨병 교육자 자격인정증 소지자 현황 (* 없을 경우 소지자 현황 공란으로 제출)

성 명	분 야	당뇨병 교육자 자격 인정번호 (취득년도)
(인)		
(인)		
(인)		
(인)		
(인)		
(인)		
(인)		

당뇨병 교육 실시 내용 및 현황을 사실대로 작성하였음을 당뇨병 교육책임자로서 확인함.

당뇨병 교육 책임자(의사) _____ (서명 또는 인)

I. 교육현황

1. 당뇨병 집단 교육

1-1. [전체] 당뇨병 집단교육 시행내역

월간 시행 횟수		일회 교육시간	
연간 총 시행 횟수		연간 총 교육 시간	
참가교육자 성명	의사: 간호사: 영양사: 기타:		

예외적으로 응시자의 집단 교육 참여도가 작은 경우를 제외하고 모든 당뇨병 교육 팀원에 의한 집단 교육 시간을 응시자의 집단 교육 시간으로 인정한다.

1-2. [개인] 당뇨병 집단교육 참여내역

<집단교육 프로그램 중 본인이 직접 참여 및 시행한 교육 내역을 기록하여 주시기 바랍니다.>

기간 (예)2012.3.2~2012.12.31)	교육내용	총 시행 횟수(연도별)

2. 당뇨병 개별교육

<본인이 교육에 직접 참여 및 시행한 내역을 기록하여 주시기 바랍니다.>

기간 (예)2012.3.2~2012.12.31)	교육내용	1회 평균교육시간	총 시행 횟수(연도별)	총 시간(분)

3. 당뇨 캠프

<본인이 직접 참여 및 시행한 내역을 기록하여 주시기 바랍니다. 당뇨 캠프는 사전에 학회의 승인을 받은 경우에만 교육시간으로 인정됩니다.>

일자	행사명	장소	교육내용	총 시간

4. 당뇨병 조식회 [유(), 무()]

시간	
장소	
내용	
담당교육자	
교육비	

5. 당뇨병교실 구성원

* 현재 병원에서 인정증 소지 여부와 상관없이 교육에 참여하고 있는 모든 의료진의 성함을 기재해 주시기 바랍니다. 명단에 포함되어 있지 않은 경우 당뇨병교실 구성원으로 인정하지 않습니다.

의사	
간호사	
영양사	
사회복지사	
기타	

6. 당뇨병교실 대표 연락처

- 1) 전화문의: _____
- 2) F A X : _____
- 3) 홈페이지: _____

II. 교육자료 [유(), 무()]

해당분과 : 의료(), 간호(), 영양(), 사회복지(), 약사(), 운동처방()

* 현재 병원에서 사용중인 모든 교육자료를 적어주시기 바랍니다.

종류	자료명	출처(자체제작 또는 발행처)
책자		
소책자 또는 리플렛		
시청각자료		
소품류		

상기 내용은 현재 당뇨병 교육 실시 내용 및 현황을 사실대로
작성하였음을 당뇨병 교육책임자로서 확인합니다.

당뇨병 교육 책임자(의사) _____ (서명 또는 인)

각 해당 분과 부서장 _____ (서명 또는 인)

교육자 평점 및 교육시간 요약내역

(해당기간: 2020년 1월~2024년 8월)

1. 교육자 평점

1) 당뇨병 교육자 필수 교육 (* 각 2회 이상 필수 참석)

행사명		총 참석횟수	평점
당뇨병 교육자 연수강좌 (20점/1회)		회	점
당뇨병 교육자 세미나	2022년까지: (10점/1회)	회	점
	2023년부터: (15점/1회)	회	점
총점			점

2) 학술대회 및 기타 행사 평점 요약

행사명(학술대회, 연수강좌, 워크샵 등)	총 참석횟수	평점
	회	점
	회	점
	회	점
	회	점
	회	점
총점		점

3) 기타(논문 게재 및 발표)

구분	총 편수	평점
논문게재 및 발표	편	점
총점		점

2. 교육시간

교육구분	총 시간	환산 교육자 평점
집단/개별교육 (1점/10시간)	시간	점
당뇨캠프(별표 1 ‘당뇨병교육경력’ 기준에 따름)	시간	점
총점		점

3. 총 합계

교육자 평점 합계 (1번 <(1)+(2)+(3)> + 2번)	점
-----------------------------------	---

성명

(서명 또는 인)