

衛生福利部國民健康署
「114-115 年糖尿病支持團體運作計畫」
優良糖尿病友支持團體主題評比申請表
(執行成果統計：114 年 1 月 1 日起至 114 年 11 月 15 日止)

基本資料	
團體名稱	
團體所在縣市(鄉鎮市區)	
團體所屬單位	類別： ☐ 醫院 ☐ 診所 ☐ 衛生所/健康服務中心 名稱：
填表人	姓名： 電話： E-mail：
聯絡人 (☐ 同填表人，則右欄免填)	姓名： 電話： E-mail：
病友總人數	
佐證資料詳如執行成果表(附件 2)	

衛生福利部國民健康署
「114-115 年糖尿病支持團體運作計畫」
優良糖尿病友支持團體執行成果表

項目	病友自主參與度
文字說明(至少 150 字)及照片佐證	

如表格不敷繕打，請自行增列。

衛生福利部國民健康署
「114-115 年糖尿病支持團體運作計畫」
優良糖尿病友支持團體執行成果表

項目	成果展現
文字說明(至少 150 字)及照片佐證	

如表格不敷繕打，請自行增列。

衛生福利部國民健康署
「114-115 年糖尿病支持團體運作計畫」
優良糖尿病友支持團體執行成果表

項目	經驗延續與擴散潛力
文字說明(至少 150 字)及照片佐證	

如表格不敷繕打，請自行增列。