

# 高 雄 市 中 醫 師 公 會 函

地址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓

傳真：(07)554-2901

電話：(07)552-5851

## 受文者：本會會員

發文日期：中華民國 112 年 11 月 21 日

發文字號：高市中醫(龍)字第 103 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：函文影本暨相關附件

主旨：檢送中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會於 112 年 12 月 20 日辦理「中醫院所感染管控與針灸 SOP 研討會」影音課程相關函文暨附件乙份，請查照。

## 說明：

一、依據中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會 112 年 11 月 14 日中執高屏(龍)字第 080 號函辦理。

## 二、「中醫院所感染管控與針灸 SOP 研討會」影音課程

時間：112 年 12 月 20 日(星期三)上午 9:30 至下午 5:00(9:15 報到)

地點：高雄市中醫師公會會館(高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓)

三、執行醫療業務之全民健保特約中醫醫事服務機構未認證「中醫醫療院所加強感染控制計畫」，依規定無法請領該年度「中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款」。請未修習過此課程者務必參加；尚未認證者請務必參與認證。

四、本次課程為取得承作資格之視訊課程，需親至上課地點觀看影片，且無法申請繼續教育學分。

五、全聯會網站可查詢是否上過相關課程請自行查詢

<http://www.twtm.tw/project.php>

六、檢附課程報名表(如附件)；報名方式詳報名表。

理事長 **陳俊龍**

# 中醫門診醫療服務審查執行會高屏區分會（函）

地 址：高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓  
傳真電話：(07)5542901  
聯絡電話：(07)5525851

受文者：高雄市、大高雄、屏東縣中醫師公會

發文日期：中華民國 112 年 11 月 14 日  
發文字號：中執高屏(龍)字第 080 號  
速別：  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如說明八

主旨：本會訂於 112 年 12 月 20 日辦理「中醫院所感染管控與針灸 SOP 研討會」影音課程，請查照並轉知所屬會員。

說明：

一、日期：112 年 12 月 20 日(星期三)上午 9:30 至下午 5:00(9:15 報到)

地點：高雄市中醫師公會會館(高雄市鼓山區明華路 251 號 5 樓)

二、執行醫療業務之全民健保特約中醫醫事服務機構未認證「中醫醫療院所加強感染控制計畫」，依規定無法請領該年度「中醫門診醫療給付費用總額品質保證保留款」。

三、報名後請於 112 年 12 月 13 日前繳交報名費用，以完成報名程序，未於期限內繳費完成者，視同未報名成功，將取消名額以利後補，額滿提前截止報名，**不受理現場報名**，敬請見諒。

四、完成報名繳費後，112 年 12 月 13 日中午 12:00 以前取消報名者，本會酌收 200 元手續費；112 年 12 月 13 日中午 12:00 之後取消報名者，因行政作業不予退費，敬請見諒。

五、請未修習過此課程者務必參加；尚未認證者請務必參與認證。

六、本次課程為取得承作資格之影音課程，需親至上課地點觀看影片，且無法申請繼續教育學分。

七、全聯會網站可查詢是否上過相關課程請自行查詢

<http://www.twtm.tw/project.php>

八、報名方式詳報名表(如附件)

線上報名網址：<https://reurl.cc/kaby19>



主任委員 **陳後龍**

# 中執會高屏區分會

## 「中醫院所感染管控與針灸 SOP 研討會」影音課程 報名表

姓名		連絡電話	電話： 手機：
所屬公會		服務醫療院所	院所名： 機構代號：
身分證字號		中醫師證書字號	台中字第 號
連絡住址			
午餐	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 不用餐，請於方格欄打✓。(未勾選者，視同不用餐)		
報名費繳交方式： <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 至中執會高屏區分會繳交費用 <input type="checkbox"/> 匯款(匯款日期： 月 日) 匯款人姓名：_____ 帳號後五碼：_____			
備註欄：			

- ❖ 本次課程為影音課程**無法申請**繼續教育點數，需親至上課地點觀看影片，不能親自出席上課者請勿報名。
- ❖ 報名費**500元整**，請於**112年12月13日**前傳真報名表至本會或線上報名(以下列網址或以手機掃描 QR code 報名)，因名額有限，若提前額滿將截止報名，**不提供現場報名，傳真報名請電話確認。**
- ❖ 完成報名繳費後，12月13日中午12:00前取消報名者，本會酌收200元手續費；12月13日中午12:00之後取消報名者，因行政作業不予退費，敬請見諒。
- ❖ 若報名費需另開收據抬頭，請於報名表備註欄位填寫抬頭或統編；未備註者統一以報名者姓名為收據抬頭。

報名表單：<https://reurl.cc/kaby19>



- ❖ 金融機構名稱：彰化銀行東高雄分行 銀行代號：009  
 帳戶名稱：高雄市中醫師公會  
 帳號：81400100602100
- ❖ 本會地址：高雄市鼓山區明華路二五一號五樓  
 電話：(07)5525851，5525852，5505551  
 傳真：(07)5542901