

正本

財團法人中華民國（台灣）安寧照顧基金會

函

機關地址：25160 新北市淡水區民生路 45 號

承辦人：葉瓊蓀 秘書

電話：(02)2808-1130 傳真：(02) 2808-1137

電子信箱：abbyeh.wxyz@ms1.mmh.org.tw

|            |
|------------|
| 101年10月3日  |
| 收文號 C11187 |
| 香港安泰醫院     |

受文者：安泰醫療社團法人安泰醫院

發文日期：101 年 10 月 1 日

發文字號：(101) 安寧字第 0150 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三

主旨：敬邀 貴院派員出席 101 年第五次「安寧療護—南區院際研討會」，並請惠予公布此研討會訊息為荷，請 查照。

說明：

- 一、有鑑於 貴院為本會合約醫院之一，並與本會合作關係良好，對安寧療護之推動更是不遺餘力，實為本會重要之工作伙伴。「安寧療護—南區院際研討會」由本會南部地區合約醫院輪流主辦，藉由研討會將個案照顧經驗彼此分享與討論。
- 二、本次院際研討會由高雄醫學大學附設中和醫院心圓安寧團隊負責主辦，隨函檢附 101 年度第五次「安寧療護—南區院際研討會」活動流程與報名表，特此敬邀 貴院相關醫療人員蒞臨參與。
- 三、101 年度第五次「安寧療護—南區院際研討會」時間及地點：  
時間：101 年 10 月 27 日(星期六)上午 08:30-12:00  
地點：高雄醫學大學附設中和醫院 啟川大樓六樓第一講堂  
(高雄市三民區自由一路 100 號)

正本：安泰醫療社團法人安泰醫院

副本：安泰醫療社團法人安泰醫院 安寧居家療護、本會（存）查

董事長 林建德





### 最新活動訊息!請公佈

各位前輩!南區第五場院際研討會來囉!

本次是由高雄醫學大學附設中和醫院主辦,請貴單位把握機會,派員參加,集結南區各醫療院所之緩和醫療團隊,藉此融合臨床工作分享與交流、互相切磋,連絡感情喔!

### **101 年第五次南區安寧療護院際研討會**

一、主辦單位:高雄醫學大學附設中和醫院、中華民國(台灣)安寧照顧基金會、台灣安寧緩和醫學學會

二、時間:101 年 10 月 27 日(週六) 08:30~12:00

三、地點:高雄醫學大學附設中和醫院 啟川大樓六樓第一講堂  
(高雄市三民區自由一路 100 號)

四、對象:1、南部及東部地區提供安寧療護之團隊成員、會屬機構及其他有興趣之團隊成員與個人 150 位

2、高雄醫學大學附設中和醫院醫療團隊成員 150 位

五、報名方式:免費報名,院外醫療人員請將報名表傳真至 07-3208162 報名,高雄醫學大學附設中和醫院醫療人員請上院內 Hr 系統報名,截止日至 10 月 23 日,因場地座位有限,意者請儘速報名。

六、連絡人:心圓病房錢靜馨護理長,電話 07-3208161。

七、注意事項:1、請儘早報名,以利作業及準備時數證明事宜。

2、為方便與會人士,時數證明將於當日簽退時發給,請大家務必記得簽到簽退,未簽到退者恕不發給時數證明,謝謝合作。

3、中華民國(台灣)安寧照顧基金會,3 小時課程證明。

4、中華民國社會工作師公會全國聯合會,繼續教育時數申請中。

5、台灣安寧緩和醫學學會會員,繼續教育學分 20 點。

6、中華民國護理師護士公會全國聯合會繼續教育積分申請中。

八、活動流程:

|             |                  |            |
|-------------|------------------|------------|
| 08:30-08:50 | 報到               | 主持人        |
| 08:50-09:00 | 歡迎致詞             | 貴院長官、安寧基金會 |
| 09:00-10:10 | 專題演講:癌症末期病人之物理治療 | 周智亮物理治療師   |
| 10:10-10:30 | 茶敘               |            |
| 10:30-11:30 | 個案報告分享           | 心圓安寧團隊     |
| 11:30-12:00 | 綜合座談             | 安寧基金會邀請之專家 |

----- 請沿虛線剪下後傳.....

(請於 101 年 10 月 23 日前傳真 07-3208162，並電話確認報名)

|       |                              |                       |        |              |  |
|-------|------------------------------|-----------------------|--------|--------------|--|
| 姓 名   |                              | 服務機構<br>服務單位<br>請務必填寫 |        | 職 稱<br>請務必填寫 |  |
| 聯絡電話  |                              |                       | e-mail |              |  |
| 身份證字號 | (欲申請護理人員執業執照更新及繼續教育用途，請務必填寫) |                       |        |              |  |
| 住 址   |                              |                       |        |              |  |
| 您的期待  |                              |                       |        |              |  |