

檔 號：
保存年限：

建佑醫院 函

地址：832高雄市林園區東林西路360號
聯絡人：龔月秋
聯絡電話：07-6437901轉966
電子信箱：chiu.kung@chien-yu.com.tw

103# 3月13日
收文號 0238
東港安泰醫院

受文者：東港安泰醫院

發文日期：中華民國103年3月11日
發文字號：建佑院字第1030000052號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：謹訂於103年3~4月舉辦四堂繼續教育課程(如說明段一~四)，
函邀貴院所屬並請鼓勵相關人員踴躍參加，敬請 查照。

說明：

- 一、3月27日(四)「失眠的診斷與治療」。
- 二、4月3日(四)「Sepsis」。
- 三、4月10日(四)「冠心病」。
- 四、4月16日(三)「糖尿病最新治療GLP1介紹」。
- 五、時間：12:20~14:00。
- 六、地點：建佑醫院八樓大禮堂。
- 七、學分申請：相關學分申請中(台灣臨床藥學會、台灣醫療繼續教育學會-感控、專業學分、台灣感染管制學會、糖尿病衛教學會)。
- 八、報名表如附件。

正本：霖園醫院、德安診所、楊文昌診所、黃英豪診所、賴守志診所、廣仁診所、聖岳骨科外科診所、普愛診所、茂儒診所、陳耳鼻喉科診所、仁德耳鼻喉科診、鳳林診所、慈漢藥局、聯美診所、建芳診所、林園區衛生所、慈惠醫院、瑞生醫院、樂生醫院、文雄醫院、安泰醫院、東港安泰醫院、輔英醫院、高雄市立小港醫院委託高雄醫學大學經營、廣聖醫院、民眾醫院、國軍高雄醫院屏東分院、惠德醫院、大東醫院、義大醫院、臨海醫院、新朋友藥局、資生藥局、鳳山大學眼科、高醫附設中和紀念醫院、國軍高雄總醫院、福安藥局

副本：建佑醫院醫療部

院長 許義郎



建佑醫院 103 年 3-4 月繼續教育課程表

一、課程名稱：失眠的診斷與治療

主講 人：建佑醫院身心科 葉偉強醫師

時 間：103 年 3 月 27 日(星期四) 中午 12:20-14:00

地 點：建佑醫院八樓演講廳(高雄市林園區東林西路 360 號)

主辦單位：建佑醫院

申請學分：臨床藥學會、台灣醫療繼教育推廣學會(專業)

二、課程名稱：Sepsis

主講 人：義大醫院急重症醫學中心 林俊農部長

時 間：103 年 4 月 3 日(星期四)中午 12:20~14:00

地 點：建佑醫院八樓演講廳（高雄市林園區東林西路 360 號）

主辦單位：建佑醫院

申請學分：臨床藥學會、台灣醫療繼教育推廣學會(感控)、台灣感染管制學會

三、課程名稱：冠心病

主講 人：高雄榮民總醫院心臟血管中心 賴奇正醫師

時 間：103 年 4 月 10 日(星期四)中午 12:20~14:00

地 點：建佑醫院八樓演講廳（高雄市林園區東林西路 360 號）

主辦單位：建佑醫院

申請學分：臨床藥學會、台灣醫療繼教育推廣學會(專業)

四、課程名稱：糖尿病最新治療 GLP1 介紹

主講 人：高雄榮民總醫院內科部新陳代謝科 朱志勳醫師

時 間：103 年 4 月 16 日(星期三)中午 12:20~14:00

地 點：建佑醫院八樓演講廳（高雄市林園區東林西路 360 號）

主辦單位：建佑醫院

申請學分：臨床藥學會、台灣醫療繼教育推廣學會(專業)、糖尿病衛教學會

五、報名方式：1.傳真報名(07)-6424973(藥劑科)

2.聯絡電話：07-6437901 轉 154

3. E-MAIL：chiu.kung@chien-yu.com.tw

4.課程免費，提供午餐；報名截止日期為開課前一星期

報名表:

姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他_____	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期： <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 4/3 <input type="checkbox"/> 4/10 <input type="checkbox"/> 4/16	葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他_____	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期： <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 4/3 <input type="checkbox"/> 4/10 <input type="checkbox"/> 4/16	葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他_____	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期： <input type="checkbox"/> 3/27 <input type="checkbox"/> 4/3 <input type="checkbox"/> 4/10 <input type="checkbox"/> 4/16	葷 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>

