

檔 號：
保存年限：

高雄縣藥師公會 函

機關地址：83048 高雄縣鳳山市文衡路 458 號 9 樓
傳 真：(07)7773303
電話及聯絡人：(07)7769876 楊薇蕙
E-mail：kcpa@seed.net.tw

受文者：本會社區藥局藥師

速別：普通
密等及解密條件：普通件
發文日期：中華民國 99 年 07 月 06 日
發文字號：(99)高縣藥師惠字第 093 號
附件：如說明四

主旨：轉知行政院衛生署國民健康局委請全聯會辦理「99 至 100 年藥事人員戒菸衛教師訓練計畫」-『**戒菸衛教師初階培訓課程**』，請踴躍報名參加。

說明：

- 一、依據中華民國藥師公會全國聯合會 99.6.22 (99) 國藥師瑞字第 990969 號辦理。
- 二、辦理場次、日期及地點：

場次	區別	上課日期	上課地點	報名截止日
第三場	高屏澎	99/7/25 (日) 9:00~17:00	高雄市藥師公會 (高雄市明華路 251 號 4 樓)	7/19(一) 17:00
第五場	南	99/8/1 (日) 9:00~17:00	台南市衛生局 (台南市林森路一段 418 號)	7/26(一) 17:00

- 三、99 年度『戒菸衛教師初階培訓課程』內容

08:30 ~ 09:00	報到
09:00 ~ 09:30	課前測驗及課程介紹
09:30 ~ 10:20	菸害教育及健康生活習慣
10:30 ~ 11:20	戒菸藥物介紹
11:20 ~ 12:10	藥師在戒菸防制的角色功能
13:30 ~ 14:20	藥師如何協助個案戒菸
14:20 ~ 15:10	戒斷症候群之處理
15:20 ~ 16:10	戒菸諮詢溝通技巧
16:10 ~ 17:00	個案實務討論及課後測驗

※四、有關報名資格、方式如附件一、二。

正本：本會社區藥局藥師
副本：本會文存

附件如下

裝

訂

線

(附件一)

99 年度『戒菸衛教師初階培訓課程』

一、主辦單位：行政院衛生署國民健康局、中華民國藥師公會全國聯合會

結訓證書：參訓藥師須全程參與訓練課程，並完成當日課前及課後測驗，將於課程結束後提供結訓證書及學分卡。

二、課程表

08:30 ~ 09:00	報到
09:00 ~ 09:30	課前測驗及課程介紹
09:30 ~ 10:20	菸害教育及健康生活習慣
10:30 ~ 11:20	戒菸藥物介紹
11:20 ~ 12:10	藥師在戒菸防制的角色功能
13:30 ~ 14:20	藥師如何協助個案戒菸
14:20 ~ 15:10	戒斷症候群之處理
15:20 ~ 16:10	戒菸諮詢溝通技巧
16:10 ~ 17:00	個案實務討論及課後測驗

三、辦理場次、日期及地點

場次	區別	日期	地點	報名截止日
第三場	高屏澎	99/7/25(日) 9:00~17:00	高雄市藥師公會 (高雄市鼓山區明華路 251 號 4 樓)	7/19(一) 17:00
第五場	台南	99/8/1(日) 9:00~17:00	台南市衛生局 (台南市林森路一段 418 號)	7/26(一) 17:00

99 年度『戒菸衛教師初階培訓課程』 報名資格

一、報名資格：全國社區藥局藥師

二、錄取優先次序：

- (1) 未曾參與過國民健康局舉辦之菸害防制相關培訓之人員。
- (2) 每公會錄取人數視公會規模。
- (3) 依報名先後次序。

三、報名方式：

- (1) 全程免費，原則上每場次各 100 名，即日起受理報名，額滿為止。若有報名額滿、課程取消或改期等情況，另通知已報名者改參加其它場次。
- (2) 線上報名：
請至 TPIP 的藥師進修繼續教育報名系統登錄報名，網址連結如下：
<http://www.taiwan-pharma.org.tw/education/>
- (3) 通訊報名：
請填妥「報名表」(附件二)，掛號郵寄至 **104 台北市中山區民權東路
段 67 號 5 樓中華民國藥師公會全國聯合會** 收(以郵戳為憑)，信封上請
加註(報名 99 戒菸培訓課程)。

四、本會將主動申請繼續教育積分，申請通過後，將於課後 1.5 個月內協助上課藥師登錄積分。

五、注意事項：

- (一)報名錄取後如無法參訓者，請於上課前一週書面通知本會，俾安排藥師遞補。若經報名錄取而無故未參加者，將影響未來單位內參與由國民健康局主辦或委辦之各項教育訓練課程權益。
- (二)參加初階培訓課程的藥師，培訓及格後除了成立戒菸諮詢站，並需義務擔任種子藥師協助縣市培訓戒菸人員及協助縣市辦理戒菸相關服務至少 2 場，且未來能結合執業之縣市社區藥局資源，提供戒菸服務。

99 年度『戒菸衛教人員初階訓練』報名表

所屬單位	縣市：			
	社區藥局名稱：			
	社區藥局地址：□□□-□□			
	職 稱：			
姓 名		性 別	身分證號碼	生 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
通 訊 地 址	□□□-□□			
戶 籍 地 址	□□□-□□			
聯 絡 電 話	(O)		(H)	
	(FAX)		行動電話	
E-mail				
※必填欄位				
緊急聯絡人		關係		聯絡電話
最 高 學 歷		科 系		
經 歷 (包括現職)	1.			
	2.			
	3.			
當 日 午 餐	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食 (請自備環保餐具)			
報名場次 (請擇一勾選)				
場次	課程日期		地點	
<input type="checkbox"/> 彰投	99/7/11 (日) 9:00~17:00		彰化縣漢銘醫院 9F 會議室	
<input type="checkbox"/> 苗中	99/7/24 (六) 9:00~17:00		台中市藥師公會	
<input type="checkbox"/> 高屏澎	99/7/25 (日) 9:00~17:00		高雄市藥師公會	
<input type="checkbox"/> 花東	99/7/31 (六) 9:00~17:00		花蓮縣花蓮市鑄強小學	
<input type="checkbox"/> 南	99/8/1 (日) 9:00~17:00		台南市衛生局	
<input type="checkbox"/> 桃竹	99/8/14 (六) 9:00~17:00		桃園縣藥師公會	
<input type="checkbox"/> 北	99/8/21 (六) 9:00~17:00		台北縣藥師公會	
<input type="checkbox"/> 雲嘉	99/9/4 (六) 9:00~17:00		雲林縣西藥商業同業公會 3F 會議室	