

檔 號
保存年限

社團法人高雄市第一藥師公會

收	日期 107 年 8 月 13 日
文	字號第 108 號

建佑醫院 函

地址：832 高雄市林園區東林西路360號

聯絡人：李宥蓁

聯絡電話：07-6437901 轉971

傳真電話：07-6432228

電子信箱：leejueju@gmail.com

受文者：高雄市第一藥師公會

發文日期：中華民國107年8月10日

發文字號：建佑院字第1070000265號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

- 一、文擬存查
- 二、擬PO文公告週知

主旨：謹訂於107年9-10月舉辦五堂繼續教育課程(如說明段一~二)
，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、課程明細：

(一)9月4日(二)「肺結核診斷與感染管制措施之古往今來」。

(二)9月20日(四)「頸動脈內膜中層厚度的臨床應用」。

(三)9月27日(四)「急性冠心症治療新知與最新血小板抑制劑介紹」。

(四)10月04日(四)「淺談慢性腎臟病防治」。

(五)10月18日(四)「道歉法則、醫病關係和醫療爭議」。

二、時間地點：12:20~14:00，建佑醫院八樓大禮堂。

三、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(醫師專業學分、專科護理師學分、感染管制學會)。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、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、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、國軍高雄醫院屏東分院、義大醫院、新朋友藥局、資生藥局、高醫附設中和紀念醫院、國軍高雄總醫院、福安藥局、高雄市第一藥師公會、長泰診所、陳鍾靈婦產科診所、正宜診所

副本：建佑醫院醫療部

院長 許義郎



建佑醫院 107 年 6-8 月繼續教育課程表

一、課程名稱：肺結核診斷與感染管制措施之古往今來

主講 人：高雄榮總新陳代謝科 朱志勳主任

時 間：107 年 9 月 4 日(星期二) 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、專科護理師學會

二、課程名稱：頸動脈內膜中層厚度的臨床應用

主講 人：高雄建佑醫院泌尿科 凌永耀主治醫師

時 間：107 年 9 月 20 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、專科護理師學會、感染管制學會

三、課程名稱：急性冠心症治療新知與最新血小板抑制劑介紹

主講 人：高雄榮民總醫院 心臟內科 洪正中主治醫師

時 間：107 年 9 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、專科護理師學會

四、課程名稱：淺談慢性腎臟病防治

主講 人：高雄長庚紀念醫院心臟內科 方至元主治醫師

時 間：107 年 10 月 04 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、專科護理師學會

五、課程名稱：道歉法則、醫病關係和醫療爭議

主講 人：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 戴嘉言職業病科主任

時 間：107 年 10 月 18 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、專科護理師學會

五、報名方式：1.傳真報名(07)-6432228(醫療部)

2.聯絡電話：07-6437901 轉 971、972、155

3. E-MAIL：leejieju@gmail.com

4.課程免費，提供午餐；報名截止日期為開課前一星期

5.報名表詳見背面

6.報名表務必字跡工整、填寫詳細

報名表:

姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>
姓名:	<input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 專科護理師	診所/醫院:
身份證字號:	藥師証號:	
聯絡電話:	參加日期: <input type="checkbox"/> 9/4 <input type="checkbox"/> 9/20 <input type="checkbox"/> 9/27 <input type="checkbox"/> 10/4 <input type="checkbox"/> 10/18	筆 <input type="checkbox"/> 素 <input type="checkbox"/>