

雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11

電話：(05)5354088

傳真：(05)5332336

E-mail：ylcm@seed.net.tw

聯絡人：方毓涵

受文者：各會員

發文日期：中華民國101年11月12日

發文字號：雲縣中醫超字第117號

速別：

密等及解密條件：

附件：

主旨：檢送中華民國中醫師公會全國聯合會將於101年12月23日辦理「102年度腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫繼續教育研討會」程序表及報名表乙份，請踴躍報名參加，請查照。

說明：依據中華民國中醫師公會全國聯合會101年11月6日(101)全聯醫總峰字第1088號函辦理。

理事長陳志超

附件

腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫繼續教育研討會

- ◎主辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會
- ◎協辦單位：台中市中醫師公會、中執會中區分會
- ◎舉辦地點：台中市崇德路一段 156 號 11 樓 5 室(台中市中醫師公會會議室)
- ◎舉辦日期：101 年 12 月 23 日(星期日)
- ◎研討會(二)程序表：

時間	題目	講師
13:30-13:50	報到、領取資料	
13:50-14:00	主席、來賓致詞	
14:00-14:50	腦血管疾病後遺症臨床診治	中國醫藥大學附設醫院針灸科主任 李育臣 醫師
14:50-15:00	休息	
15:00-15:50	腦血管疾病後遺症案例分享	中國醫藥大學附設醫院針灸科主任 李育臣 醫師
15:50-16:30	綜合討論暨評量	

◎注意事項：

- 一、參加對象：申請院所之負責醫師年資滿 4 年，其他執行醫師年資滿 2 年。
- 二、報名費 200 元，全程出席之中醫師可另外申請中醫師繼續教育積分 2 點(積分費用 200 元另計)。
- 三、報名費與積分費用請於上課當日現場繳交。
- 四、報名期限：101 年 12 月 20 日，連絡電話：02-29594939#18 賴宛而，傳真報名：02-29592499。

腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫繼續教育研討會報名表

單位名稱		醫療機構代碼			
連絡電話		連絡人			
通訊地址					
醫師姓名	身份證字號	中醫師證書字號	醫師姓名	身份證字號	中醫師證書字號