

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：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 107 年 10 月 19 日

發文字號：(107)雲縣中醫邦字第 227 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主 旨：函轉中國醫藥大學北港附設醫院訂於 107 年 11 月 4 日舉辦
衛生福利部 107 年度「促進中醫多元發展計畫」「建構運動
傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式計畫」經驗分享
研討會，敬請踴躍報名參加，請 查照。

說 明：依據中國醫藥大學北港附設醫院 107 年 10 月 16 日院中醫
字第 1070004050 號函辦理。

理事長黃上邦

檔 號：
保存年限：

107年10月18日
收字第 354 號

中國醫藥大學北港附設醫院 函

地址：雲林縣北港鎮新德路123號
聯絡人：吳俊昌
電子信箱：d5068@mail.bh.cmu.edu.tw

64041

雲林縣斗六市雲林路二段211號6樓之
10

受文者：雲林縣中醫師公會

發文日期：中華民國107年10月16日
發文字號：院中醫字第1070004050號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：

主旨：中國醫藥大學北港附設醫院訂於107年11月4日舉辦衛生福利部107年度「促進中醫多元發展計畫」「建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式計畫」經驗分享研討會，請查照。

說明：

- 一、因應衛生福利部中醫藥司「促進中醫多元發展計畫」計畫舉辦「建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式計畫」經驗分享研討會。
- 二、經驗分享研討會詳細資訊如下：
日期：107年11月04日(日)
時間：上午8：20-12：35
地點：中國醫藥大學北港附設醫院2F綜合講堂
- 三、檢附議程表

正本：衛生福利部、中華民國中醫師公會全國聯合會、雲林縣中醫師公會、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

副本：中醫部

院長 吳錫金

衛生福利部 107 年

「建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式計畫」 經驗分享研討會

日期:107 年 11 月 04 日(星期日)

地點:中國醫藥大學北港附設醫院 2F 綜合講堂
(雲林縣北港鎮新德路 123 號)

會議議程 Conference Program

時間	講題	主講者	引言人
08:20 - 08:30		報到	
08:30 - 08:40		主席開幕、貴賓致詞	
08:40 - 09:00	精進中醫優質發展策略	衛生福利部中醫藥司	雲林縣中醫師公會 黃上邦理事長
09:00 - 09:50	從 2018 雅加達亞運看中 醫運動醫學	花蓮慈濟醫院 何宗融副院長	中國醫大北港附醫 中醫部賴英秀部主任
Tea Break			
10:05 - 10:55	從歷屆亞奧運看運動醫療 防護	國家運動訓練中心 運動科學處醫護組組長 廖麗惠	中國醫大北港附醫 護理部蘇麗惠副主任
10:55 - 11:45	浮針對運動傷害的治療	中國醫藥大學附設醫院 中醫部黃敬軒主治醫師	中國醫大北港附醫 中醫部吳俊昌主治醫師
11:45 - 12:35	建構運動傷害關節、肌肉 扭挫傷日間照護模式之日 間照護經驗分享	中國醫大北港附醫 中醫部吳俊昌主治醫師	中執會南區分會 陳志超督導
12:35		研討會閉幕	

指導單位:衛生福利部中醫藥司/中國醫藥大學/中華民國中醫師全國聯合會

主辦單位:中國醫藥大學北港附設醫院 中醫部/臺南市安南醫院 中醫部/中醫門診醫療服務審查執行會
南區分會/雲林縣中醫師公會/中國醫藥大學北港附設醫院護理部

協辦單位:雲林縣護理師護士公會/中國醫藥大學中醫外傷學科



衛生福利部

107 年「建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷 中醫日間照護模式計畫」經驗分享研討會 報名表

〈日期〉：中華民國 107 年 11 月 4 日星期日

〈地點〉：中國醫藥大學北港附設醫院 2F 綜合講堂
(雲林縣北港鎮新德路 123 號)

〈報名方式〉：

1. 本研討會免報名費，個人繼續教育學分數另請自行負擔。

2. 線上報名：<https://goo.gl/forms/PdpAqqsxC2KCaX9g2>



3. 請於 107 年 10 月 28 日(星期日)前(超過時間則當天無發放手冊)，填妥本研討會報名表後，寄至 a67051@mail.bh.cmu.edu.tw，並於郵件主旨註明「建構運動傷害關節、肌肉扭挫傷中醫日間照護模式計畫經驗分享研討會報名表」；或傳真至 05-7827933，並請來電確認。

4. 聯絡人：中國醫藥大學北港附設醫院中醫部 蔡小姐
聯絡電話：05-7837901 轉 1229

姓名		電話	
服務單位		手機	
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣/市	鄉/鎮 市/區
		段	里/村 路/街
		號	
		樓	
E-mail			
申請學分	<input type="checkbox"/> 不申請學分 <input type="checkbox"/> 申請學分 〔於現場簽到、填寫資料(身分證字號、中醫師證號)、 繳交學分費 300 元〕		

備註：已申請中醫護理學分