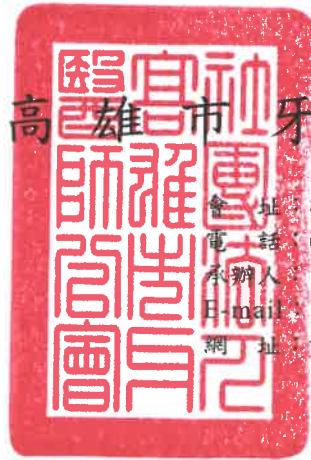


高雄牙醫師公會 函

檔 號：
保存年限：



會 址：806 高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓
電 話：(07)3350350 傳真：(07)3350352
承辦人：陳怡伶
E-mail: kda.dent@msa.hinet.net
網 址： www.kdadent.org.tw

受 文 者：全體會員

發 文 日 期：中華民國 108 年 10 月 23 日

發 文 字 號：(108)高市牙人字第 047 號

速 別：普通

附 件：

主 旨：本會謹訂於 108 年 11 月 14 日（四）中午舉辦「108 年度牙周病統合治療方案課程」，請尚未受訓之會員醫師把握機會參加，敬請 查照。

說 明：一、上課時間：108 年 11 月 14 日（四）中午 12:10~15:30
二、上課地點：新會館(高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓)
三、本次課程不收報名費，請事先報名，視報名人數安排場地座位；另繼續教育學分將逕登錄於衛生福利部醫事人員積分管理系統，不另發紙本證書。
四、為確實掌握報名人數，本課程採傳真報名，請於傳真後電話確認傳真是否成功。聯絡人：陳小姐，電話：335-0350；傳真：335-0352。
五、課程內容：

| 時間 | 內容 |
|-------|----------------------|
| 50 分鐘 | 牙周病統合照護計畫之申報方式與流程 |
| 50 分鐘 | 牙周病專業課程(I)個案篩選與器械的保養 |
| 50 分鐘 | 牙周病專業課程(II)治療的實施 |
| 50 分鐘 | 牙周病專業課程(III)治療的評估 |

※備註：需簽到及簽退始有學分。

六、請 PGY 訓練機構之新入會醫師，務必參加此課程。

報名回函表

| | | | |
|----|--|-------|--|
| 姓名 | | 身份證字號 | |
| 手機 | | 診所名稱 | |

※備註：1.身份證字號係確認身份及登錄學分使用。

2.手機為開課前或課程異動時簡訊通知使用。

理事長 謝尚人