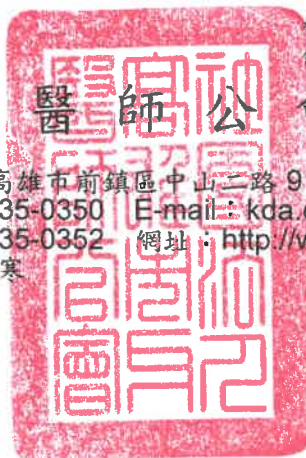


# 社團法人高雄市牙醫師公會 (函)

會址：806 高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓  
電話：(07)335-0350 E-mail: kda.dent@msa.hinet.net  
傳真：(07)335-0352 網址：http://www.kdadent.org.tw/  
承辦人：張筠寒



檔 號：  
保存年限：

受文者： 本會會員

發文日期： 中華民國 110 年 2 月 3 日

發文字號： (110)高市牙人字第 409 號

速 別： 普通

附 件： 無

主 旨： 本會謹訂於 110 年 3 月 14 日(日)舉辦腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療服務再進修課程，請醫師踴躍參加。

說 明： 一、 演講主題：腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療服務再進修課程

二、上課時間：110 年 3 月 14 日(星期日)

三、上課地點：本會會館(高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓)

四、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。

為確實掌握報名人數，本課程採傳真報名，聯絡人：張小姐

電話：07-3350350，傳真：07-3350352。

五、課程內容：

| 時間          | 內容                                | 講師  |
|-------------|-----------------------------------|-----|
| 08:00~08:30 | 開始報到                              | 李耀庭 |
| 08:30-09:20 | 牙醫總額特殊醫療服務實施計畫與健保申報注意事項           |     |
| 09:30~10:20 | 特殊醫療計劃之在宅牙醫醫療服務                   |     |
| 10:30-11:20 | 腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療—口腔治療注意事項 |     |
| 11:30~12:20 | 腦傷及脊髓損傷之肢體障礙者口腔照護及居家牙醫醫療—生理狀況及照護  |     |

六、醫學課程 4 學分。

七、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. 報名表如不敷使用，請自行影印。

理事長 謝尚人