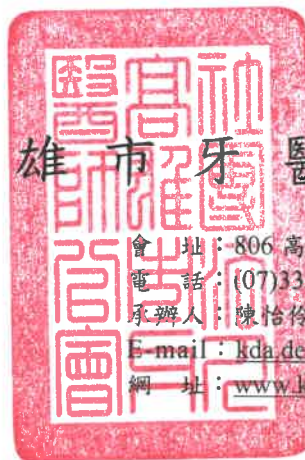


函 會 師 醫 牙 市 高 雄 人 法 團 社

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 08 月 30 日

發 文 字 號：(108)高市牙富字第 428 號

速 別：普通

附 件：

主 旨：本會謹訂於 108 年 09 月 19 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 09 月 19 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。

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 **陳建富**