

檔 號：
保存年限：

函 會 公 師 牙 市 高 雄 法 人 團 社

會址：806 高雄市前鎮區一心二路 21 號 11 樓之 1

電話：(07)3350350 傳真：(07)3350352

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 106 年 12 月 27 日

發文字號：(106)高市牙恒字第 394 號

速 別：普通

附 件：

主 旨：本會謹訂於 107 年 01 月 29 日（一）中午舉辦「107 年度牙周病統合照護計畫課程」，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：107 年 01 月 29 日（一）中午 12:10~15:30
二、上課地點：前鎮會館(高雄市前鎮區一心二路 21 號 11 樓之一)
三、本次課程不收報名費，但受限於場地大小，每場次名額有限（額滿截止）；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 印憶恒