

社團法人高雄市牙醫師公會 (函)



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

承辦人：劉易貞

E-mail：kda.dent@msa.hinet.net

網 址：www.kdadent.org.tw

受文者： 本會開業之醫師

發 文 日 期： 中華民國 107 年 10 月 16 日

發 文 字 號： (107)高市牙富字第 173 號

速 別： 普通

附 件：

主 旨： 函轉高雄市政府衛生局有關「108 年高雄市老人免費裝牙
簽約說明會」相關事項，詳如說明，敬請 查照。

說 明： 依據高市衛醫字第 10737774800 號文辦理，請詳閱附件。

正 本：本會開業之醫師

副 本：本會秘書處

理事長 陳建富

正 本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

高雄市政府衛生局 函

80652
高雄市前鎮區一心二路21號11樓之1

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132-1號
承辦單位：醫政事務科
承辦人：江一青
電話：7134000#6152
傳真：7131427
電子信箱：fany7771@kcg.gov.tw

受文者：社團法人高雄市牙醫師公會

發文日期：中華民國107年10月16日

發文字號：高市衛醫字第10737774800號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：議程及報名表各乙份(隨文)

主旨：有關辦理「108年高雄市老人免費裝假牙簽約說明會」，請轉知會員知悉，請查照。

說明：

- 一、依據108年高雄市老人免費裝假牙實施計畫暨107年度「高雄市老人免費裝假牙工作小組暨審查小組聯繫會議」會議決議事項辦理。
- 二、本說明會訂於107年10月26日及12月9日各辦理1場次，擬加入108年高雄市老人免費裝假牙特約醫療院所者，每院所務必派至少1名醫師（牙醫診所之負責醫師或醫院牙科部之專責醫師）擇一場次參加，未參加本說明會者不予簽約，議程表如附件1。
- 三、報名期間自即日起至107年12月1日中午12時止，報名表如附件2，敬請轉知會員務必參加。

正本：社團法人高雄市牙醫師公會

副本：本局醫政事務科

局長 黃 志 中

本案依分層負責規定授權業務主管判發

108年高雄市老人免費裝假牙簽約說明會議程

- 一、主辦單位：高雄市政府衛生局
- 二、協辦單位：社團法人高雄市牙醫師公會
- 三、參加對象：
 - (一)本市牙醫醫療院所簽約，每院所應由牙醫診所「負責醫師」或醫院牙科部「專責醫師」至少1名醫師，參加一場次「108年高雄市老人免費裝假牙簽約說明會」。
 - (二)同一醫師不得代表多家醫療院所簽約。
- 四、舉辦地點：高雄市政府衛生局8樓會議室(高雄市苓雅區凱旋二路132-1號)
- 五、報名方式及截止日期：自即日起至107年12月1日中午12時止，請填妥報名表傳真至本局專線7242966。
- 六、說明日期：107年10月26日或12月9日，請擇一場次參加即可。
- 七、簽約日期：參加對象完成說明會後，自107年11月1日至12月31日止，請至本局醫政事務科6樓討論室簽約，逾期不得再簽約。
- 八、議程：
 - (一)第一場次：107年10月26日(星期五)下午12時45分至14時15分

時間	內容	主講人
12:00-12:45	報到	衛生局 8樓會議室
12:45-12:50	主席致詞	醫政事務科 莊科長輝同
12:50-13:00	頒感謝狀(敬邀社團法人高雄市牙醫師公會及106-107年度高雄市老人免費裝假牙小組委員蒞臨領獎)	黃局長志中
13:00-13:15	相關醫療法規及違規案例說明	衛生局 醫政事務科 徐股長惠麗
13:15-13:55	複審及審查案例說明	高雄市牙醫師公會 陳雅光醫師
13:55-14:05	108年度高雄市老人免費裝假牙契約書內容及常見問題	衛生局 醫政事務科 江一青
14:05-14:15	問題討論	1. 醫政事務科 2. 高雄市牙醫師公會陳雅光醫師
14:15~	散會	

(二)第二場次：107年12月9日(星期日)上午10時30分至11時50分

時間	內容	主講人
10:00-10:30	報到	衛生局 8樓會議室
10:30-10:35	主席致詞	醫政事務科 莊科長輝同
10:35-10:50	相關醫療法規及違規案例說明	衛生局 醫政事務科 徐股長惠麗
10:50-11:30	複審及審查案例說明	高雄市牙醫師公會 陳雅光醫師
11:30-11:40	108年度高雄市老人免費裝假牙契約書內容 及常見問題	衛生局 醫政事務科 江一青
11:40-11:50	問題討論	1. 醫政事務科 2. 高雄市牙醫師 公會陳雅光醫師
11:50~	散會	

108年度高雄市老人免費裝假牙簽約說明會報名表

一、參加對象：合約院所應由牙醫診所「負責醫師」

或醫院牙科部「專責醫師」至少1名醫師，參加假牙簽約說明會。

二、場次：以下請擇一場次勾選

參加場次	醫療院所名稱	行政區別	參加人員
<input type="checkbox"/> 第一場次： 107年10月26日(五) 12:45-14:15			<input type="checkbox"/> 負責醫師姓名：_____ <input type="checkbox"/> 專責醫師姓名：_____ _____
<input type="checkbox"/> 第二場次： 107年12月9日(日) 10:30-11:50			<input type="checkbox"/> 負責醫師姓名：_____ <input type="checkbox"/> 專責醫師姓名：_____ _____

三、報名方式及截止日期：自即日起至107年12月1日中午12時止，請填妥報名表傳真至本局專線7242966。未及於說明會前報名者，可於說明會當日現場報名。

四、注意事項：

- (一)為尊重準時報到者，於講課後10分鐘內未完成簽到者，不予受理。
- (二)週日有門禁管制，請由本局大門進出。
- (三)為分散人潮，敬請踴躍報名第一場次。