

# 100 年度身心障礙者口腔照護-志工培訓課程

- 一、主辦單位：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
- 二、協辦單位：台北市牙醫師公會、台中縣牙醫師公會、高雄市牙醫師公會
- 三、目的：培訓身心障礙者口腔預防保健人員
- 四、對象：身心障礙者福利機構、牙醫師公會、各級學校、各縣市政府社會局、衛生局與教育局相關人員
- 五、場次：分區舉辦，共計 3 場，每場次辦理 1 天之研習。

區別	日期	地點	地址
北區	6/2(四)	台北市牙醫師公會	台北市忠孝東路二段 120 號 7 樓
中區	6/9(四)	德水園教養院	台中市東勢區茂興里東蘭路 212-1 號
南區	7/6(三)	高市無障礙之家	高雄市前鎮區翠亨北路 392 號

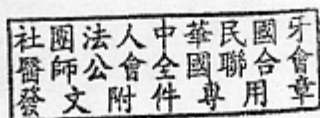
## 六、內容：

時間	課程
09:00-10:00	身心障礙者口腔保健現況與願景
10:00-11:00	口腔預防保健基本常識
11:00-12:00	潔牙示範機構口腔保健經驗分享 (示範機構自編教材，含模式/心得)
12:00~13:00	午餐
13:00-15:00	身心障礙者牙科概論與行為管理及潔牙技巧
15:00-16:00	潔牙教導與實作
16:00-16:30	討論

- 七、報名方式：填妥報名表，回傳予所屬縣市公會（傳真後，請務必來電確認有無收訖）。

區別	公會	聯絡人	電話	傳真
北區	台北市牙醫師公會	許美娟小姐	02-2396-5392	02-2396-5393
中區	台中縣牙醫師公會	王淑津小姐	04-2526-0714	04-2528-6702
南區	高雄市牙醫師公會	陳巧萱小姐	07-335-0350	07-335-0352

- 八、報名費用：免報名費（提供午餐便當）
- 九、報名期限：即日起至 100.5.23(一) 截止，各區 60 人為限，額滿即不再受理。（以利行政前置作業）



# 100 年度身心障礙者口腔照護-志工培訓課程 報名表

NO：(由本會填寫)

基本資料				
姓名		出生年月日	年	月 日
電話		身分證字號		
手機		聯絡地址	□□□	
傳真		單位名稱		
職稱		電子信箱		
參加梯次及研習時數				
期望參加梯次	<input type="checkbox"/> 北區-6/2(四) <input type="checkbox"/> 中區-6/9(四) <input type="checkbox"/> 南區-7/6(三)			
餐點	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 不用餐	研習時數	<input type="checkbox"/> 公務人員研習時數 <input type="checkbox"/> 教職人員研習時數 <input type="checkbox"/> 牙醫師繼續教育學分 <input type="checkbox"/> 護理人員繼續教育學分 <input type="checkbox"/> 牙科助理進階班研習時數 <input type="checkbox"/> 上課證明書	
備註				
一、報名資料敬請填寫完整，以利繼續教育學分申請及後續認證事宜辦理。 二、報名截止日期：即日起至 100.5.23(一)止。 三、因名額有限，錄取者如不克參加，請務必來電取消，以利候補人員遞補。 四、報名表如不敷使用，請自行影印。 五、報名傳真專線、洽詢專線：				
區別	公會	聯絡人	電話	傳真
北區	台北市牙醫師公會	許美娟小姐	02-2396-5392	02-2396-5393
中區	台中縣牙醫師公會	王淑津小姐	04-2526-0714	04-2528-6702
南區	高雄市牙醫師公會	陳巧萱小姐	07-335-0350	07-335-0352

中華民國牙醫師公會全國聯合會  
 社團法人中華全國牙醫  
 發文附件專用章