

# 中華民國藥師公會全國聯合會 函

機關地址：台北市民權東路一段 67 號 5 樓  
電話：02-25953856 傳真：02-25991052  
電子信箱：rebecca6717@gmail.com  
聯絡人：高采玲 專員（轉分機 136）

受文者：如正本所列

發文日期：中華民國 102 年 5 月 15 日

發文字號：(102)國藥師平字第 1020863 號

速別：普通

密等及解密條件：普通

附件：「102 年藥事人員戒菸衛教高階培訓課程-花蓮場」說明乙份

主旨：本會訂於 102 年 7 月 7 日、14 日、21 日假花蓮縣醫師公會舉辦 102 年藥事人員戒菸衛教師高階訓練-花蓮縣場次，敬請 惠予週知相關藥事人員踴躍報名。

說明：

一、上課日期：102 年 7 月 7 日、14 日、21 日。

二、上課地點：花蓮縣醫師公會 {花蓮市林森路 236 之 18 號(6 樓)}。

三、報名方式：

即日起至 6 月 26 日止向中華民國藥師公會全聯會採紙本郵寄報名。

四、全程免費，培訓課程以符合簽約資格之社區健保藥局藥師為優先培訓對象，尚有名額時再由其他類別藥事人員依中華民國藥師公會全國聯合會收件日期依序遞補，報名成功之上課學員於 6/28(五)將統一以簡訊通知。

正本：宜蘭縣藥師公會、花蓮縣藥師公會、台東縣藥師公會、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、台東縣衛生局、中華民國藥劑生公會全國聯合會

副本：行政院衛生署國民健康局、本會文存

理事長 李蜀平

## 102 年度藥事人員戒菸衛教高階培訓課程-花蓮場

### 一、報名資格：

已取得戒菸初階及進階戒菸衛教教師資格

初階-以取得由國民健康局委託中華民國藥師公會全聯會、各縣市衛生局舉辦之藥事戒菸衛教人員訓練認證之藥事人員。

進階-由中華民國藥師公會全國聯合會舉辦之藥事戒菸衛教人員訓練認證之藥事人員。

### 二、結訓資格：

1. 須全程參與三天之訓練課程，並完成課後測驗，測驗達 70 分以上。
2. 測驗及格者可參加課外實務訓練課程（戒菸班、門診戒菸、戒菸專線），於實習完後二個月內完成國民健康局所規定之相關實習報告與個案追蹤報告乙份，經國民健康局評委認定核可後，將有與國民健康局簽約執行二代戒菸服務之資格，並由全聯會上傳學分積點 22 點（登錄於衛生署積分管理系統）及寄送高階合格證書。
3. 獲得高階資格後欲簽約者，請備齊所需資料寄至全聯會，將統一由中華民國藥師公會全國聯合會送件（簽約所需資料另寄）。
4. 測驗不及格者則無法參加課外實務訓練課程且無法獲得繼續教育學分積點，需重新上課。

### 三、報名方式：

1. 即日起至 6 月 26 日止向中華民國藥師公會全聯會採紙本郵寄報名，報名表如附件。
2. 全程免費，本課程以符合簽約資格之社區健保藥局藥師為優先培訓對象，尚有名額時再由其他類別藥事人員依中華民國藥師公會全國聯合會收件日期依序遞補。
3. 報名成功之上課學員於 6/28(五)將統一以簡訊通知。

### 四、其他：

聯絡人：中華民國藥師公會全國聯合會 (02)25953856\*122 王百容  
(02)25953856\*136 高采羚

地 址：104 台北市中山區民權東路一段 67 號 5 樓

## 課程表

日期：7/7(日) 時間	課程名稱
08:30-09:00	報到
09:00~09:50	社區藥局戒菸諮詢標準化流程
10:00~10:50	戒菸照護自我教材應用
11:00~11:50	二代戒菸服務與菸害防制
13:00~13:50	如何規劃及辦理衛教活動
14:00~14:50	戒菸計畫之規劃、執行與成效評估
15:00~17:30	小組實作：如何研擬戒菸計畫幫助個案堅持到底

  

日期：7/14(日) 時間	課程名稱
08:30-09:00	報到
09:00~09:50	門診戒菸實務技巧
10:00~10:50	最新臨床戒菸用藥介紹
11:00~11:50	戒菸班教材說明
13:00~13:50	健康飲食與體重控制
14:00~14:50	自我形象與壓力處理
15:00~17:30	小組實作：衛教師在病人戒菸用藥中之角色

  

日期：7/21(日) 時間	課程名稱
08:30-09:00	報到
09:00~09:50	國內外菸害防制政策推展現況
10:00~10:50	戒菸支持性環境之塑造
11:00~11:50	電話戒菸諮詢技巧
12:00~12:30	課後測驗
13:00~16:00	戒菸專線課外實務訓練
16:10~17:00	戒菸服務補助計畫說明

## 102 年藥事人員戒菸衛教高階培訓課程

## 報名表

姓名		身分證字號		出生年月日	
所屬公會		執業處所 藥局/醫療院 所名稱		是否為 健保藥局藥師	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
執業處所所使用之健保申報軟體廠商名稱：					
電話	室內：	通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	手機：				
午餐	<input type="checkbox"/> 葷 <input type="checkbox"/> 素				
報名場次	102/07/07(日)、07/14(日)、07/21(日) 花蓮縣醫師公會(花蓮市林森路 236 之 18 號-6 樓)				
初階上課證明 (請擇一附影本)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 學分證明 <input type="checkbox"/> 其他_____		進階上課證明 (請擇一附影本)	<input type="checkbox"/> 證書 <input type="checkbox"/> 學分證明 <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否申請課外實務訓練抵免 (未勾選者視為不申請)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				