

## 宜蘭縣政府衛生局 函

地址：26051宜蘭縣宜蘭市女中路二段  
287號

承辦人：李美瑩

電話：03-9322634分機1219

電子郵件：dukilu@mail.e-land.gov.t  
w

260

宜蘭市女中路三段102號6樓

受文者：宜蘭縣藥師公會

發文日期：中華民國106年6月7日

發文字號：衛醫字第1060012327號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二

主旨：謹訂於本（106）年6月28日（星期三）上午9時至下午4時  
30分假宜蘭縣政府衛生局長照大樓會議室（長照大樓4樓）  
辦理「106年度宜蘭縣醫療院所守護社區老人整合照護計畫  
」種子教師培力營，請貴單位轉知所屬同仁踴躍參加，請  
查照。

說明：

- 一、依據「106年度宜蘭縣醫療院所守護社區老人整合性照護計畫」辦理。
- 二、檢附簡章1份。
- 三、本活動聯絡人，請逕洽宜蘭縣政府衛生局醫政科一朱小姐（電話03-9322634分機1224）

正本：本縣醫事公會、不老診所、本縣12鄉鎮市衛生所、宜蘭縣各醫院、臺北榮民總醫院員山分院

副本：社團法人中華華人長期照護專業協會、本局醫政科

局長劉建廷

醫政科科長朱麗香決行

本案依分層負責規定授權主管科長決行

始15分鐘內請完成簽到，課程全部結束始能簽退。

五、依據個人資料保護法規定，請於線上報名系統勾選同意提供身分證字號，以申請繼續教育積分認證。

六、完成此教育研習課程者，將核發研習證明書一份。

柒、報名費用：課程及講義免費，為響應環保，請自備環保杯與會。

※相關資訊請洽：宜蘭縣政府衛生局-醫政科 03-9322634  
轉1224 朱小姐或1221 吳小姐。

捌、 課程表

時間	課程主題	講師
09:00~09:30	報到	工作人員
09:30~09:40	致詞	
09:40~11:10	老人膳食營養-吞嚥困難飲食	黃鈴君 營養師
11:10~11:20	中場休息	
11:20~12:00	高齡者綜合訓練活動（一）	沈哲宇 職能治療師
12:00~13:00	中午休息	
13:00~13:50	高齡者綜合訓練活動（二）	沈哲宇 職能治療師
13:50~14:00	中場休息	
14:00~15:30	社區健康服務的整合與嘗試	李世代 教授
15:30~15:40	中場休息	
15:40~16:20	老年口腔照護	黃雅萍 護理師
16:20~16:30	課程意見調查	工作人員
16:30~	賦歸	

玖、 活動研習位置圖  
一、地理位置圖



二、交通方式

(一)公車資訊：宜蘭轉運站往西走校舍路朝林森路前進，宜興路一段向右轉，新民路向左轉，舊城東路向右轉，聖後街向左轉。

(二)火車資訊：宜蘭火車站前站下車，往東北走光復路朝宜興路一段前進，於宜興路一段向右轉，於新民路向左轉，於舊城東路向右轉，聖後街向左。

(三)自行開車：

小客車：蔣渭水高速公路走國道5號和191甲縣道前往北走191甲縣道，於大福路三段向右轉，中間車道沿著大福路三段，於美功路一段向右轉，於東港路向右轉，走左側2條車道靠左行駛，進入聖後街。

附件 1

「106 年度宜蘭縣醫療院所守護社區老人整合性照護計畫」  
種子教師培力營報名表

報名注意事項：

- 一、報名截止日期：106 年 06 月 16 日 17 時止，名額人數 60 名，額滿為止。
- 二、報名方式：
  1. 報名費用：課程及講義免費，為響應環保，請自備環保杯與會。
  2. 報名網址：採線上報名，請上宜蘭縣政府衛生局網站→活動訊息→選課程主題→線上報名→點選同意→繼續→輸入個人資料→提交報告(請點選此連結至報名系統)；或以傳真報名表報名(傳真 03-9362317)。

【報名表】

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		餐食	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食
聯絡電話		是否具公務人員資格 (公務人員終身學習時數認證)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
服務單位層級	<input type="checkbox"/> 地區醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 社區發展協會 <input type="checkbox"/> 其他：_____	職稱	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 物理治療師 <input type="checkbox"/> 職能治療師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 行政人員 <input type="checkbox"/> 其他：_____
服務單位名稱			
現職服務地區 或聯絡地址 (俾利研習證明寄送)			
E-mail			

**附件 2 宜蘭縣政府履行個人資料保護法告知義務同意書：**

宜蘭縣政府（以下稱「本府」）依據個人資料保護法（以下稱「個資法」）第八條第一項規定，向台端告知下列事項，請 台端詳閱並同意本府於下列事項一~三範圍內，得蒐集、處理及利用 台端資料：

- 一、蒐集之目的：研習會活動人員統計
- 二、蒐集之個人資料類別：基本資料(含姓名、身分證字號)
- 三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
  - (一) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間/依相關法令規定或契約約定之保存年限/本府因執行業務所必須之保存期間。（或有明確期間請標明）
  - (二) 地區：本國
  - (三) 對象：所有參與活動成員
  - (四) 方式：電子文件、紙本或其他合於當時科學技術之適當方式。
- 四、依據個資法第三條規定，台端就本府保有台端之個人資料得行使下列權利：
  - (一) 得向本府查詢、請求閱覽或請求製給複製本，而本府依法得酌收必要成本費用。
  - (二) 得向本府請求補充或更正，惟依法台端應提供相當資料以為釋明。
  - (三) 得向本府請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本府因執行業務所必須者，不在此限。
- 五、台端不提供個人資料所致權益之影響： 台端得自由選擇是否提供相關個人資料，惟台端若拒絕提供相關個人資料，致本府無法進行必要之審核及處理作業時，本府將無法提供台端相關服務（說明拒絕提供資料將無法提供的服務或受損的權益），如下：  
本人已充分知悉上開告知事項，並且「同意」貴府於上開告知事項範圍內，得蒐集、處理及利用本人之個人資料。  
假如已充分知悉上開告知事項，若「同意」貴府於上開告知事項範圍內，得蒐集、處理及利用本人之個人資料。

立同意書人：\_\_\_\_\_ (簽名)

中華民國 年 月 日

**台端如不同意本府蒐集、處理、利用台端之個人資料，無須填寫本同意書，感謝您的閱覽。**