

財團法人台灣醫界聯盟基金會 函

聯 絡 人：葉菟婷
傳 真：(02)2321-2357
聯絡電話：(02)2321-2362*24
地 址：100 台北市仁愛路一段 4 號 3 樓
電子郵件：amandayeh@mpat.org.tw

受文者：詳如正本受文單位

發文日期：中華民國101年09月19日
發文字號：醫盟【12】基字第54號
速別：普件
密等及解密條件或保密期限：無
附件：議程表及報名須知乙份

主旨：本會擬辦理「臨床試驗訓練學程-初階訓練課程(六)~(七)」，敬請 貴單位協助宣傳，並鼓勵同仁踴躍報名參加。

說明：

一、本會擬辦理兩場「臨床試驗訓練學程-初階訓練課程(六)~(七)」，訓練課程資訊如下：

1. 初階訓練課程(六)

辦理時間：101年10月08日(星期一)09:00-16:30

辦理地點：劍潭青年海外活動中心教學大樓1樓318教室

2. 初階訓練課程(七)

辦理時間：101年10月15日(星期一)09:00-16:30

辦理地點：劍潭青年海外活動中心教學大樓1樓318教室

二、本活動聯絡人：葉菟婷小姐；連絡電話 02-23212362 轉 24。

三、詳細活動資訊請見附件或 www.mpat.org.tw。

正本：中國醫藥大學附設醫院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院、中山醫學大學附設醫院、李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、澄清綜合醫院、國軍台中總醫院附設民眾診療服務處、澄清綜合醫院中港分院、行政院衛生署台中醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、林新醫療社團法人林新醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院、行政院衛生署豐原醫院、順安醫院、新菩提醫院、達明眼科醫院、清泉醫院、大雅澄清醫院、第一醫院、仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院、弘光科技大學附設

老人醫院、博愛外科醫院、聯安醫院、全民醫院、勝美醫院、維新醫療社團法人台中維新醫院、國軍台中總醫院附設民眾診療服務處中清分院、新亞東婦產科醫院、青海醫院、林森醫院財團法人台灣省私立台中仁愛之家附設靜和醫院、中國醫藥大學附設醫院台中東區分院、台新醫院、臺安醫院、協和醫院、東勢鎮農會附設農民醫院、友仁醫院、宏恩醫院、中山醫學大學附設醫院中興分院、宏恩醫院龍安分院、烏日澄清醫院、明德醫院、忠港醫院、陽光精神科醫院、清濱醫院、杏豐醫院、豐安醫院、中國醫藥大學附設醫院豐原分院、漢忠醫院、祥恩醫院、新惠生醫院、本堂澄清醫院、泰安醫院、霧峰澄清醫院太平澄清醫院賢德醫院、澄清復健醫院、順天醫療社團法人順天醫院、臺安醫院雙十分院、惠盛醫院、行政院衛生署苗栗醫院、財團法人為恭紀念醫院、大千綜合醫院、大順醫院、慈祐醫院、大眾醫院、協和醫院、大川醫院、大千綜合醫院南勢分院、弘大醫院、財團法人臺灣省私立桃園仁愛之家附設苗栗新生醫院、李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院、通霄光田醫院（原慈暉醫院）、重光醫院、崇仁醫院

副本：無

董事長 吳樹民

臨床試驗訓練學程-初階訓練課程(六)

時間：101 年 10 月 08 日(一)

地點：劍潭青年海外活動中心教學大樓 1 樓 318 教室(台北市中山北路四段 16 號)

時間	課程	講師
08:50-09:10	報到	
09:10-10:30	臨床試驗計畫書撰寫與研究設計	吳彥慧醫師 財團法人醫藥品查驗中心
10:30-10:50	課間休息	
10:50-11:50	生物製劑之臨床試驗化學、製造與管制(CMC)文件撰寫	盧青佑博士 財團法人醫藥品查驗中心
11:50-13:30	中午休息	
13:30-14:50	受試者同意書撰寫與招募流程	陳書毓督導長 彰化基督教醫院護理部
14:50-15:10	課間休息	
15:10-16:30	臨床試驗之監測與稽核	余蕙德總經理 佳捷生技股份有限公司
16:30-16:40	證書發放與賦歸	

主辦單位：財團法人台灣醫界聯盟基金會

協辦單位：社團法人台灣生命倫理學會

臨床試驗訓練學程-初階訓練課程(七)

時間：101 年 10 月 15 日(一)

地點：劍潭青年海外活動中心教學大樓 1 樓 318 教室(台北市中山北路四段 16 號)

時間	課程	講師
08:50-09:10	報到	
09:10-10:30	計畫送審流程與應注意事項	何蕙如副審查員 食品藥物管理局
10:30-10:50	課間休息	
10:50-12:10	計畫之開始(含簽約流程)與推展	李侑穎副理 羅氏大藥廠股份有限公司
12:10-13:30	中午休息	
13:30-14:50	計畫執行常見問題與溝通技巧	方怡清經理 台灣諾華公司
14:50-15:10	課間休息	
15:10-16:30	如何撰寫計畫報告書	謝慧玲經理 永信藥品公司
16:30-16:40	證書發放與賦歸	

主辦單位：財團法人台灣醫界聯盟基金會

協辦單位：社團法人台灣生命倫理學會

報 名 須 知

一、費用

早鳥優惠	一般報名費
1,200 元/場	1,500 元/場

凡於 9 月 26 日星期三(含)前完成繳費並回傳報名資料者，可享早鳥優惠每人 1,200 元/場，其他一般報名者報名費每人 1,500 元/場，匯款回執聯需與報名回條一同傳真報名，始完成報名手續。匯款者帳號敬請留後四碼，以利核對帳號，發票將統一於會議辦理當天發放(發票日期將以活動當日為主，若有其他需求，敬請來電告知)。

二、付款方式

1. 匯款：

戶名：財團法人台灣醫界聯盟基金會

銀行名稱：合作金庫(台大支庫)

帳號：1346-717-031137

2. 劃撥

帳號 1645-1458

戶名：財團法人台灣醫界聯盟基金會

3. ATM 轉帳：

銀行代碼：006

帳號：1346-717-031137

4. 信用卡：請填妥信用卡授權單(可至本會網站下載)及相關資訊後回傳至 (02)2321-2357。

三、報名方式

1. 線上報名：請至台灣醫界聯盟基金會網站 www.mpat.org.tw 報名
2. 傳真：請使用附件「報名回函」進行報名，或上台灣醫界聯盟基金會網站 www.mpat.org.tw 下載報名表格，於填妥相關資料後回傳至 (02)2321-2357，並請來電確認，以保障您的權益。

四、注意事項

1. 受理報名時間：即日起至額滿為止。
2. 上課證明：完成課程訓練者將核發 6 小時臨床試驗訓練證明。
3. 將申請繼續教育學分，包括：醫事人員繼續教育學分(醫師類、藥師類、護理人員類)及公務人員繼續教育學分等。
4. 聯絡方式：
電話：(02)23212362 轉 24
傳真：(02)23212357
Email：amandayeh@mpat.org.tw
連絡人：葉小姐
5. 當您完成報名及繳費後，本會將依您的報名順序編排「報到編號」，並在會議舉辦前 3 天寄送會議通知給您。
6. 因場地座位有限，敬請儘早繳費並完成報名手續，以便為您保留座位。
7. 因故無法參與本會議而欲辦理退費，請於活動辦理前一周告知，將扣除手續費 150 元；於活動辦理一周內告知，扣除 300 元；活動當天告知，則不退費。
退費申請書請至台灣醫界聯盟基金會網站 www.mpat.org.tw 下載，填妥完畢後請 email 至 amandayeh@mpat.org.tw，並請同時副本 cindy@mpat.org.tw 或傳真(02-23212357)至本會。

臨床試驗訓練學程-初階臨床試驗統計

報名回函

一、報名資料(歡迎上網 www.mpat.org.tw 線上報名)

日後所有相關訊息，本會將以 email 寄發提供您參考，煩請填寫清楚！

公司名稱 (收據抬頭)				
統一編號				
發票型式		☐ 二聯(個人) ☐ 三聯(公司)		
地址				
報名場次		☐ 初階訓練課程(六) 10月08日(星期一) ☐ 初階訓練課程(七) 10月15日(星期一)		
姓名	部門/ 職稱	電話/手機號碼/ E-mail	相關學分申請 身份證字號	用餐
		電話： 手機： Email：	☐ 醫師繼續教育學分 ☐ 藥師繼續教育學分 ☐ 護理人員繼續教育學分 ☐ 公務人員繼續教育學分 身份證字號：	☐ 否 ☐ 是 ☐ 葷 ☐ 素
		電話： 手機： Email：	☐ 醫師繼續教育學分 ☐ 藥師繼續教育學分 ☐ 護理人員繼續教育學分 ☐ 公務人員繼續教育學分 身份證字號：	☐ 否 ☐ 是 ☐ 葷 ☐ 素
		電話： 手機： Email：	☐ 醫師繼續教育學分 ☐ 藥師繼續教育學分 ☐ 護理人員繼續教育學分 ☐ 公務人員繼續教育學分 身份證字號：	☐ 否 ☐ 是 ☐ 葷 ☐ 素

注意事項

- ◇ 即日起開始報名！
- ◇ 報名請同時填寫付款方式，回傳至 02-23212357

二、付款方式

☐匯款 ☐劃撥 ☐ATM 轉帳

(如欲使用信用卡付款，請填妥信用卡授權單後 email 或傳真至本會)

1. 報名資訊

(若使用傳真報名，請一併傳真您的報名回函；若線上報名者，請務必填寫您的報名資訊，以利核對資料。)

報名場次： ☐初階訓練課程(六) 10 月 08 日(星期一)
☐初階訓練課程(七) 10 月 15 日(星期一)

報名人數：_____人

報名連絡人：_____

連絡電話：_____

總費用：_____元

2. 匯款回執聯黏貼處(傳真：02-23212357)

(匯款者帳號請留後四碼，以利核對帳號)

-----請黏貼於此處-----

信用卡授權單

1. 報名資訊

報名場次：☐初階訓練課程(六) 10 月 08 日(星期一)
☐初階訓練課程(七) 10 月 15 日(星期一)

報名人數：_____人

報名姓名：_____

連絡電話：_____

總費用：_____元

2. 信用卡資訊

卡號	
發卡銀行	
持卡人簽名	
身分證字號	
信用卡背面末三碼	
金額	NT\$
使用期限	年 月
持卡人連絡電話	
持卡人連絡地址	

(傳真完成後請來電確認，以確保您的權利。本資料將於報名完成後銷毀。)