

衛生福利部草屯療養院 函

機關地址：54249南投縣草屯鎮玉屏路161號
聯絡人及電話：高君宜049-2550800分機5305
電子郵件信箱：irb@ttpc.mohw.gov.tw
傳真電話：049-2550800分機5305

受文者：仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院

發文日期：中華民國 103年 9月 25日

發文字號：草療人試字第1030009361號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：發文附件1031023IRB課程表及報名表.doc

主旨：本院謹訂於103年10月23日（星期四）與台中榮民總醫院及中區臨床試驗聯盟共同舉辦「臨床試驗訓練課程」，誠摯敬邀 貴院蒞臨指導及相關領域有興趣同仁踴躍報名參加，請 查照。

說明：

- 一、時間：103年10月23日（星期四）下午1時20分至下午4時30分；地點：衛生福利部草屯療養院畢至樓三樓格致廳。
- 二、免費課程（報名限額80名，敬請盡速完成報名），參加者一律採以電子郵件方式報名，報名表見附件。報名截止日為10月15日（星期三）止，不接受現場報名。
- 三、聯絡人：草屯療養院人體試驗委員會高君宜專員，049-2550800轉5305，電子郵件：IRB@ttpc.mohw.gov.tw。
- 四、申請醫事人員繼續教育積分（僅提供醫師及護理師）。
- 五、上課證明課後郵寄（考試通過4學分，不通過為3學分）。
- 六、為支持環保愛護地球，請參與者自行攜帶水杯、環保餐具。

正本：衛生福利部桃園醫院、衛生福利部雙和醫院（委託臺北醫學大學興建經營）、衛生福利部臺北醫院（城區分院）、衛生福利部臺東醫院、衛生福利部樂生療養院、衛生福利部臺中醫院（中區召集醫院）、衛生福利部彰化醫院、衛生福利部臺北醫院、衛生福利部臺中醫院、衛生福利部臺南醫院、衛生福利部旗山醫院、衛生福利部新營醫院、衛生福利部基隆醫院、衛生福利部嘉義醫院、衛生福利部嘉南療養院、衛生福利部草屯療養院、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部南投醫院、衛生福利部屏東醫院、衛生福利

收 文

2014-09-26

部苗栗醫院、衛生福利部花蓮醫院、衛生福利部朴子醫院、衛生福利部玉里醫院、衛生福利部八里療養院、衛生福利部南投醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、財團法人新光吳火獅紀念醫院、財團法人國泰綜合醫院新竹分院、財團法人國泰綜合醫院、新竹馬偕紀念醫院、財團法人馬偕紀念醫院新竹分院、臺北醫學大學附設醫院、台北醫學大學市立萬芳醫院、臺安醫院、國防醫學院三軍總醫院、臺北榮民總醫院、臺北榮民總醫院新竹分院、臺中榮民總醫院、高雄榮民總醫院、臺中榮民總醫院嘉義分院、臺中榮民總醫院埔里分院、醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院、財團法人恩主公醫院、敏盛綜合醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、中山醫學大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院大慶院區、中山醫學大學附設醫院中港分院、中國醫藥大學附設醫院、中國醫藥大學附設醫院豐原分院、中國醫藥大學北港附設醫院、財團法人埔里基督教醫院、財團法人彰化基督教醫院、財團法人彰濱秀傳紀念醫院、秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院、財團法人奇美醫院台南分院、奇美醫療財團法人奇美醫院、國立成功大學醫學院附設醫院、台南市立醫院、財團法人嘉義基督教醫院、安泰醫院、財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國立陽明大學附設醫院、財團法人佛教慈濟綜合醫院臺中分院、佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院、國軍臺中總醫院、國軍高雄總醫院、國軍桃園總醫院、童綜合醫療社團法人童綜合醫院、光田醫療社團法人光田綜合醫院、仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院、佑民醫療社團法人佑民醫院、彰化基督教醫療財團法人雲林彰化基督教醫院、彰化縣員生醫院、中臺科技大學

副本：本院人體試驗委員會

院長簡以嘉

衛生福利部 草屯療養院

臨床試驗教育訓練課程

時間：103 年 10 月 23 日(星期四)13:20-16:30

地點：衛生福利部 草屯療養院 畢至樓格至廳會場

主辦單位：衛生福利部草屯療養院、臺中榮民總醫院、

中區臨床試驗聯盟

全程參加活動並完成課後測驗及格者將核發課程訓練證明 4 小時

時間	主題	主講者	主持人
12:40~13:20	報到		
13:20~13:30	長官致詞	張介信副院長	
13:30~14:20	新藥臨床試驗相關法規介紹	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 陳祖裕 顧問	張介信副院長
14:20~15:10	試驗主持人之職責	佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院 陳祖裕 顧問	張介信副院長
15:10~16:00	受試者同意書告知過程倫理考量	彰化基督教醫院人體試驗委員會 陳書毓 副主任委員	張介信副院長
16:00~16:30	課後測驗及賦歸		

Ps. 考試通過4學分，不通過為3學分

若有任何問題歡迎與我們聯絡，連絡電話(049)2550-800轉5305 高君宜

報名表

姓名		服務機構/科室	
身分證字號		職稱	院內： ☐ 醫師 ☐ 護理師/護士 ☐ 其他人員 院外： ☐ 醫師 ☐ 護理師/護士 ☐ 其他人員
職稱(必填)		聯絡電話(必填)	(O) (M)
電子郵件 E-mail(必填)	(請留下常用的電子信箱)		
寄送證書地址			

Ps. 請於報名後來電告知及確認，謝謝！

報名表

姓名		服務機構/科室	
身分證字號		職稱	院內： ☐ 醫師 ☐ 護理師/護士 ☐ 其他人員 院外： ☐ 醫師 ☐ 護理師/護士 ☐ 其他人員
職稱(必填)		聯絡電話(必填)	(O) (M)
電子郵件 E-mail(必填)	(請留下常用的電子信箱)		
寄送證書地址			

Ps. 請於報名後來電告知及確認，謝謝！

本院位置圖

