

00-237
07/23/07

檔 案：

保存年限：

李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 函

地 址：358 苗栗縣苑裡鎮和平路 168 號

承 辦 人：吳政儀 社工員

電 話：037-862387 轉 991

傳 真：037-862377

受文者：仁愛醫療社團法人大里仁愛醫院

發文日期：中華民國 97 年 8 月 12 日

發文字號：李醫社字第 0970030057 號

速 別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附 件：97 年美沙冬替代療法工作人員教育訓練計畫

吳政儀
許淑媛 助理員

主 旨：檢送 本院於 97 年 8 月 19 日辦理「97 年美沙冬替代療法工作人員教育訓練」研習會簡章，敬請 貴單位惠予公假派員參加，請查照。

說 明：

- 一、 依據苗栗縣衛生局 97 毒品危害防治中心轉介服務組年度計畫辦理。
- 二、 上課時間：97 年 8 月 19 日(二)，上午 9：00 至下午 18：00。
- 三、 報名日期：即日起至 97 年 8 月 15 日止。
- 四、 報名地點：本院總務課。
- 五、 請務必上完 8 小時課程才發予研習證明。
- 六、 公務人員請自行上公務人員終身學習網站報名。

正本：仁愛醫療社團法人大里仁愛醫院

副本：李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院

院長李順安

97.年8.13
李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院

九十七年苗栗縣衛生局辦理美沙冬替代療法工作人員教育訓練計畫

一、目的：

加強目前美沙冬替代療法相關專業人員專業知能，以擴大參與團隊與提昇實務工作的技巧。

二、辦理單位：

指導單位：法務部、行政院衛生署

主辦單位：苗栗縣衛生局

承辦單位：李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院

三、辦理日期：97年8月19日〈二〉

四、研習地點：李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院10樓視聽中心

〈苗栗縣苑裡鎮和平路168號〉

五、參加對象：美沙冬替代療法業務相關專業人員，或對此課程有興趣者，預計60名

六、報名方式：即日起至97年8月15日〈星期五〉止，以傳真報名表或來電方式報名參加。

1. 傳真：037-862377 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 社工室
2. 電話：037-862387*991 李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院 社工室
3. 聯絡人：吳玟儀 社工員

七、備註：

1. 請自備環保杯。
2. 必須上完8小時課程才發予研習證明。

九、 報名表：

報 名 表			
單位	<input type="checkbox"/> 專業人員：_____〈請填機構名稱〉 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
姓名		職稱	
用餐	<input type="checkbox"/> 葷食 <input type="checkbox"/> 素食		
聯絡方式	電話：		
E-mail：			
※請於97年8月15日〈五〉前完成報名			