

中華民國醫療精算學會 函

會址：台中市南區大慶街二段 100 號
電話：04-22657206 (黃涵蓁)
傳真：04-22657206

受文者：本會會員、各醫療院所

發文日期：中華民國 98 年 12 月 21 日

發文字號：醫精佳字(九八)第 000009 號

速 別：速件

附 件：研討會時間表、報名注意事項、報名表、團體與個人會員申請表

主 旨：本會舉辦之「從健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨「醫療財務管理師」系列研討會敬邀 各界參加並敬請踴躍報名，並請 惠予轉知公告。

說 明：

- 一、本會謹訂於九十九年一月六日（星期三）假台大醫院兒童醫療大樓 B1 講堂召開「從健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨「醫療財務管理師」系列研討會，敬請 各界踴躍參加。
- 二、請於九十九年一月五日前完成報名。
- 三、本會於九十九年四月、七月及十二月將陸續舉辦相關醫療精算系列研討會，並懇請 各界踴躍參與及提供本會其它相關議題之參考。
- 四、本會廣邀 各界醫療相關學會合辦後續醫療精算系列研討會。
- 五、請本會團體及個人會員繳交九十九年度會員常年會費，可於參加九十九年一月六日研討會繳交會員常年會費(個人會員陸佰元、團體會員壹萬元)。
- 六、團體會員之單位，共可指派六位(含)單位成員參與此次研討會

正本：本會會員、各醫療院所

副本：中華民國醫療精算學會

98.12.23

收文：年 月 日
字號：仁總字 5

中華民國醫療精算學會

理事長

白佳原

E-learning系統 ☒ 公佈 ☐
研部公告周知

研部主任

學副院長

黃祥生

張之光

張之妍

98-12-25

～ 中華民國醫療精算學會 ～

「從 DRGs 與健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨「醫療財務管理師」

系列研討會

時間表

主辦單位：中華民國醫療精算學會

地點：台大醫院兒童醫療大樓 B1 講堂（台北市中山南路 8 號）

時間：99 年 1 月 6 日星期三 09:00 AM ~ 04:00 PM

時間	內容	主講人	主持人
09:00 ~ 09:20	報到、領取講義資料		
09:20 ~ 09:30	主席致詞	醫療精算學會 白佳原 理事長	
09:30 ~ 10:20	健保藥價管控策略	中央健康保險局健保局醫審暨藥材小組黃肇明副主任	張煥禎院長
10:20 ~ 10:30	討論		
10:30 ~ 10:40	茶敘		
10:40 ~ 11:30	DRG 支付制度之介紹	中央健康保險局健保局醫審暨藥材小組黃肇明副主任	張煥禎院長
11:30 ~ 11:40	討論		
11:40 ~ 12:00	中華民國醫療精算學會醫療財務管理師認證簡介	元培科技大學醫務管理系 林四海系主任	白佳原理事長
12:00 ~ 13:40	中午用餐時間		
13:40 ~ 14:30	藥事服務費總額預算與藥費總額支出目標之合法性與現實面—從醫院經營角度	盛弘醫藥股份有限公司 楊弘仁董事長	蘇喜院長
14:30 ~ 14:40	討論		
14:40 ~ 15:30	內部控制在醫院經營與績效之角色	台灣大學 蔡揚宗教授	蘇喜院長
15:30 ~ 15:40	討論		
16:00 ~	會議結束散會		

聯絡人：黃小姐 電話：04-22657206 傳真：04-22657206

E-mail: hcasroc@gmail.com

～ 中華民國醫療精算學會 ～

「從健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨

「醫療財務管理師」系列研討會

報名注意事項

- 一、活動名稱：「從健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨「醫療財務管理師」系列研討會。
- 二、主辦單位：中華民國醫療精算學會
- 三、時間地點：九十九年一月六日（星期三）上午九點至下午四點假台大醫院兒童醫療大樓B1講堂（台北市中山南路8號）。
- 四、報名方式：一律傳真報名，名額以300名為限。請用正楷填寫報名表，連同轉帳明細表傳真至04-22657206黃小姐收。
- 五、繳費方式：會員1200元，合辦機構會員1500元，非會員1600元（歡迎加入會員，附入會申請表，本次加入會員者可抵600元常年會費）。
請利用以下方式繳交
 - （一）ATM 金融卡轉帳：煩請連同轉帳明細表一併傳真予本會或掃描 mail to hcasroc@gmail.com。
金融機構：彰化銀行（銀行機構代號009） 帳號：4004-01-003829-00
金融機構：合作金庫銀行（銀行機構代號006） 帳號：1988-717-124765
 - （三）會員若尚未繳交年費，可於活動前以ATM轉帳，或活動當天現場現金繳費。
- 六、報名期限：請於九十九年一月五日前完成報名。

中華民國醫療精算學會

「從健保藥價制度探討醫院與藥廠經營」暨

「醫療財務管理師」系列研討會

報名表

一、基本資料

※請以正楷填寫

機構名稱：					
	報名者姓名及 身份證字號	部門及職稱	電子信箱 E-mail ※請填寫,俾傳送上課通知	會員 (\$1,200) 合辦機構會員 (\$1,500)	非會員 (\$1,600)
1	姓名	部門			
	ID	職稱			
2	姓名	部門			
	ID	職稱			
聯絡人：			應匯報名費合計		
電話：分機：			收據抬頭： ☐ 同機構名稱 ☐ 同姓名		
留言處：			(可複選) ☐ _____		
通訊地址：					

二、報名費用：(1)會員：\$1200

(2)合辦機構會員：\$1500

(3)非會員：\$1600

三、報名日：即日起至99年1月5日止。

(報名額滿為止，以轉帳日期為準)

四、報名傳真專線：04-22657206

(請於傳真後，10分鐘內來電確認)

五、繳費方式

(一) ATM 金融卡轉帳：煩請連同轉帳明細表一併傳真予本會或掃描 mail to hcasroc@gmail.com。

金融機構：彰化銀行 (銀行機構代號 009)

帳號：4004-01-003829-00

(二) ATM 金融卡轉帳：煩請連同轉帳明細表一併傳真予本會或掃描 mail to hcasroc@gmail.com。。

金融機構：合作金庫銀行 (銀行機構代號 006)

帳號：1988-717-124765

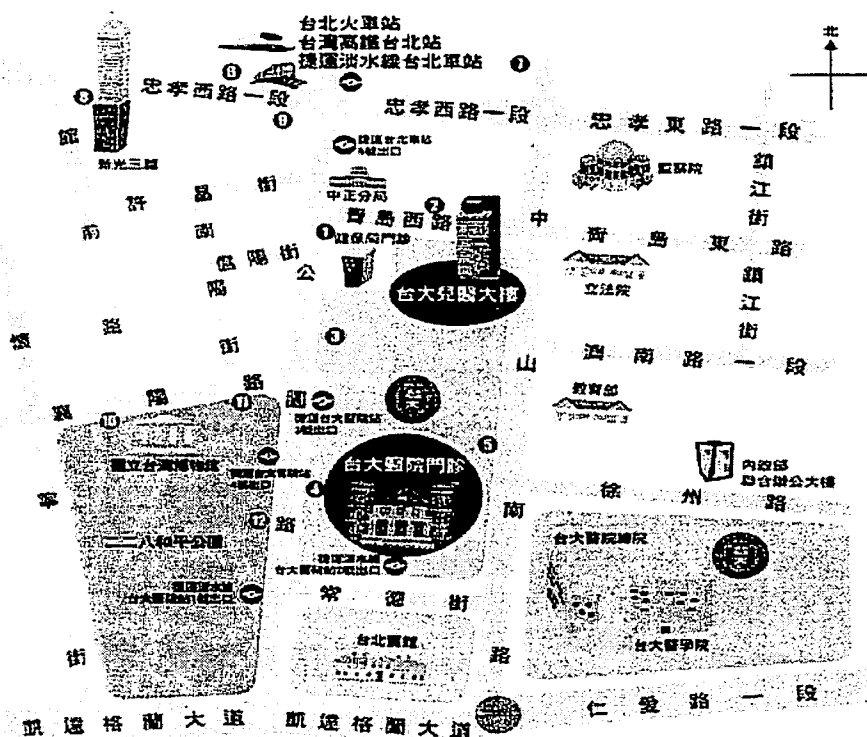
請將劃撥單存根聯或轉帳明細表貼妥後，傳真報名；未附黏貼者，視同報名手續未完成。

【劃撥單存根黏貼處】

六、聯絡方式：電話：04-22657206 傳真：04-22657206 黃小姐

E-mail: hcasroc@gmail.com

台大醫院兒童醫療大樓位置圖 (台北市中山南路8號)



公車搭乘路說明

① 台北車站(青島)	2, 37, 222, 295, 5, 604, 648, 藍1, 信義幹線, 烏來-台北, 坪林-台北
② 台北車站(青島)	5
③ 台北車站(公園)	37, 淡水客運, 皇家客運, 新店客運
④ 捷運台大醫院站	651, 263, 222, 621, 5, 37, 20, 604, 2, 249, 648, 295, 信義幹線, 信義新幹線, 18, 0東, 251, 236, 烏來-台北, 坪林-台北
⑤ 台大醫院站	227, 中山幹線, 2, 216, 222, 224, 30, 615, 64, 648, 37, 18, 261, 49, 527, 257, 605, 276, 659, 15, 22, 220, 247, 274, 539, 14, 39, 652, 藍1, 260, 299, 221, 232副, 218, 246, 202, 307, 310, 604, 212, 212直, 205, 262, 232, 253, 265, 忠孝新幹線
⑥ 台北車站(忠孝)	307, 310, 615, 652, 274, 299, 539, 604, 659, 三芝-台北車站, 中山幹線, 14, 39, 218, 220, 247, 261, 2, 5, 40, 218, 221, 227
⑦ 行政院站	262, 307, 0東, 246, 652, 671, 藍1
⑧ 台北車站(忠孝)	232, 232副, 605, 257, 205, 276, 247, 287, 202, 忠孝新幹線
⑨ 博物館站	270, 243, 20, 222, 信義新幹線, 241, 656, 657, 640, 706, 513
⑩ 博物館站	236, 251, 644, 245, 835, 651, 263
⑪ 捷運台大醫院站	656, 835, 657, 5, 640, 513, 706, 651, 241, 243, 245, 263, 670, 621, 644, 236, 251, 20, 0東

中華民國醫療精算學會

個人入會申請書

※虛線框處，請勿填寫

姓 名	(中文)	(英文)	性別	出生 年 月 日
出生地	省(市) 縣(市)	身 份 證 號 碼	專 業 證 書 字 號	
戶籍地址				
電話(宅)		傳真(宅)		
通訊處				
電話(公)		傳真(公)	e-mail	
通訊處 變更	住 址			電 話
	e-mail			傳 真
最高學歷		經 歷	現任單位	
			職 稱	
茲贊同 貴會宗旨擬加入為會員，嗣後並願遵守會章共圖發展懇祈照准為盼 此致 中華民國醫療精算學會 申 請 人 (簽名蓋章) 中華民國 年 月 日				
審核簽章： 核准日期： 發證日期： 號碼：				

(本申請書可影印使用)

注意事項：

- 一、本申請書係代替會員名冊之用，請以正楷詳填。
- 二、檢附證件：(1)畢業證書 (2)工作證明影本。
- 三、入會費(1000 元)及常年會費(600 元)，請利用本會彰化銀行(009)帳號：4004-01-003829-00繳納。
- 四、現址如有變更，請隨時通知本會，以免失去聯繫。本會會址：台中市南區大慶街二段 100 號 電話：04-22657206 傳真：04-22657206

中華民國醫療精算學會

團體會員入會申請書

團體名稱			電 話	
地 址			傳 真	
成立日期			執照號碼	
負 責 人		電 話		
地 址				
會員代表		電 話		
e-mail				
地 址				
茲贊同 貴會宗旨擬加入為會員，嗣後並願遵守會章，共圖發展，懇祈照准為盼。 此致 中華民國醫療精算學會 申請團體 (戳記) (簽署) 中華民國 年 月 日				
審核簽章： 核准日期： 號碼： 發證日期：				

(本申請書可影印使用)

注意事項：

- 一、本申請書係代替會員名冊之用，請以正楷詳填
- 二、請檢附證件：團體立案證書影本或其他登記設立之證書影本。
- 三、入會費(20,000 元)及常年會費(10,000 元)，請利用本會彰化銀行(009)帳號：4004-01-003829-00 繳納
- 四、現址如有變更，請隨時通知本會，以免失去聯繫。

本會會址：台中市南區大慶街二段 100 號

電話：04-22657206 傳真：04-22657206