

## 中山醫學大學附設醫院 函

地址：40201台中市南區建國北路一段110號

聯絡人：劉俐君

電子信箱：cshn626@csh.org.tw

聯絡電話：04-24718668#55336

傳真電話：04-24756374

受文者：臺中市政府教育局

發文日期：中華民國109年6月12日

發文字號：中山醫大附醫牙字第1090005315號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1091201328\_1\_ATTCH1.pdf)

主旨：檢陳本院舉辦之「109年度特殊需求者牙科醫療服務牙醫師、照護人員培訓課程」，敬邀相關人員報名，請惠予公告並鼓勵各特教學校之所屬踴躍參訓，請 查照。

說明：

- 一、培訓日期：詳如附件。
- 二、培訓地點：本院口腔醫學部B1樓層D05教室。
- 三、辦理單位：本院口腔醫學部特殊需求者口腔醫學科。
- 四、報名費用：免費。
- 五、報名方式：即日起至民國109年7月6日止，請至本院報名網站完成線上報名，網址：[http://web.csh.org.tw/web/cshd/?page\\_id=2662](http://web.csh.org.tw/web/cshd/?page_id=2662)。
- 六、聯絡人：劉俐君小姐，電話：04-24718668#55336，E-mail:cshn626@csh.org.tw。
- 七、檢陳課程表及報名表乙份。

正本：臺中市政府教育局、南投縣政府教育處、苗栗縣政府教育處、雲林縣政府教育處、彰化縣政府教育處

特殊教育科 收文:109/06/12



041090051234 有附件

副本：本院口腔醫學部

2020/06/12  
16:04:06  
電子交換文章

裝



訂

線

