

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110年5月6日

發文字號：中山醫大附醫牙字第1100004133號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1101200929_1_ATTCH1.pdf、1101200929_2_ATTCH2.pdf)

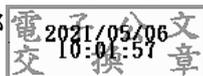
主旨：檢陳本院舉辦之「110年度特殊需求者牙科示範中心牙醫師及照護人員培訓課程」資訊，敬邀相關人員報名，請惠允公告並鼓勵各特教學校之所屬踴躍參訓，請 查照。

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110年05月24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。
- 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、彰化縣政府教育處、南投縣政府教育處、苗栗縣政府教育處

副本：本院口腔醫學部



特殊教育科 收文:110/05/06



041100034182 有附件