

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路420號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：呂翌焄(02)25000133 轉 222

電子郵件信箱：e19958426@cda.org.tw

受文者：詳如正本收受者

發文日期：中華民國111年8月8日

發文字號：牙全彥字第00036號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：詳如說明段

主旨：函轉財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會「111年初鑑醫事人員工作坊」推薦人選，詳如說明段，敬請 查照並於111年8月19日(五)前惠復。

說明：

- 一、依據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會中華民國111年7月27日醫一字第11102003481號函辦理，詳如附件。
- 二、建請 貴會提薦人員，推薦資格需符合下列任一條件：
 - (一)具有撰寫鑑定報告經驗。
 - (二)具助理教授(含)以上資格者。
 - (三)擔任主治醫師3年(含)以上。
- 三、受推薦醫師經資格審查後，需完成基礎訓練及實作模擬課程方為完訓，完訓者始列入旨揭人才庫。
- 四、敬請 貴會於111年8月19日(五)前推薦人選，並以電子郵件(e19958426@cda.org.tw，呂小姐)方式回傳電子檔，以及將正本資料寄至本會，經由本會彙整後將名單提供予財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

正本：各縣市牙醫師公會

牙醫全聯會
授對章(223)

理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 醫事委員會 主委決行

檔 號：
保存年限：

附
件

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 函

地址：220835新北市板橋區三民路二段31號5樓

聯絡人：何宜錦

聯絡電話：89643000#3156

傳真：29634550

電子信箱：lilian.ho@jct.org.tw

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年7月27日

發文字號：醫一字第11102003481號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (XC19330993111020034800-17-1.doc、XC19330993111020034800-17-2.pdf、XC19330993111020034800-17-3.docx)

主旨：有關本會辦理「111年初鑑醫事人員工作坊」，敬邀貴會推薦醫師參訓，請查照。

說明：

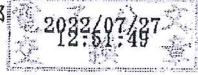
- 一、本會受衛生福利部委託辦理「醫事鑑定事務規劃及處理計畫」，為使初鑑醫師了解醫療糾紛鑑定書寫重點，以提升鑑定品質及擴增初鑑醫師人才庫，擬辦理旨揭工作坊，活動說明及議程詳如附件一。
- 二、請推薦至多5名醫師參與旨揭工作坊，且受推薦人員需完成基礎訓練及實作模擬課程方為完訓。優先推薦科別為內科、骨科、整形外科、婦產科、外科、牙科及中醫科；推薦資格需符合下列任一要件：
 - (一)具有撰寫鑑定報告經驗。
 - (二)具助理教授(含)以上資格。
 - (三)擔任主治醫師3年(含)以上。
- 三、本會保有學員資格審核及同意參訓之權利，並請由專責單

位統一報名，於8月30日前e-mail Excel報名表(附件二)至
mcais@jct.org.tw，並將推薦同意書(附件三)正本及相關
文件影本郵寄至本會。

四、本工作坊依中央流行疫情指揮中心公告及視疫情適時調整
活動方式，如有異動，另以電子郵件通知。本活動係免費
課程，實體場次恕不提供停車優惠，並請落實個人防護措
施及全程配戴口罩。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部



111 年初鑑醫事人員工作坊

主辦單位：衛生福利部

承辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

(一)基礎課程

時 間：111年9月26日(星期一)

上課形式：視訊，活動前另以e-mail通知

時 間	分	主 題
08:15-08:30	15	報 到
08:30-09:20	50	我國醫療糾紛鑑定制度與流程介紹
09:20~10:10	50	醫療糾紛鑑定報告書之書寫說明與注意事項
10:10~10:20	10	B r e a k
10:20-11:10	50	醫療因果關係之判斷
11:10-12:00	50	醫療分工與醫療過失案例研究

(二)實作模擬課程

【實體課程分組，每場限60人(以報名順序為主)】

第1場：111年10月3日 (星期一) IEAT松江會議中心 901教室

第2場：111年10月11日(星期二) IEAT松江會議中心 901教室

(臺北市松江路350號，捷運行天宮站4號出口左轉約100公尺)

時 間	分	主 題
12:50-13:00	10	報 到
13:00-14:30	90	書寫原則重點說明、案例討論
14:30~15:20	50	鑑定報告書撰寫 分組演練-鑑定案例討論/模擬撰寫鑑定書
15:20~15:30	10	B r e a k
15:30-17:00	90	演練案例報告&綜合討論
賦歸		



序號	推薦機構 (必填)	執業機構 (必填)	姓名 (必填)	身分證字號 (必填)	職類別(必填) 代碼01:牙醫師；代碼11:牙醫 師；代碼21:牙醫士；代碼31: 牙醫助理人員；代碼41:牙醫 助理人員；代碼51:牙醫助理 人員	部定專科 (必填)	次專科1	次專科2	手機	E-mail (必填)	報名日期 (必填)	報名職程 (必填)	進路人性名 (必填)	進路人職稱 (必填)	進路人電話 (必填)	進路人E-mail (必填)	備註
類別	○○附設醫院	○○附設醫院	王大同	F123456789	0	內科	腸胃內科	職業醫學科	0912-345678	123@gmail.com	○月○日	實作	林小明	專員	02-12345678	356@gmail.com	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	

醫事鑑定初審專科醫師 推薦同意書

被推薦人聲明

本人同意_____ (推薦單位)推薦本人擔任「醫事鑑定初審專科醫師」，並同意納入衛生福利部「初鑑醫師人才庫」，依鑑定需求，相關個人資訊得提供予衛生福利部或其委託辦理鑑定之專業機構團體。本推薦書中所填列之資料屬實，並授權衛生福利部/財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會得逕據以向相關機構查詢確認。

被推薦人簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

一、被推薦人基本資料

姓 名			身分證字號	
出生日期	民國	年	月	日
			次專科領域	
服務機關				
單位/職稱				
機關地址				
聯絡電話	(0)		行動電話	
E-Mail				
戶籍地址				
通訊地址	☐ 同機關地址 ☐ 同戶籍地址 ☐ 其他：			
符合條件資格	取得衛生福利部部定專科醫師，且具有下列資格之一： ☐ 曾有撰寫鑑定報告經驗者 ☐ 具助理教授(含)以上資格者 ☐ 且擔任主治醫師三年(含)以上經驗者			

二、被推薦人學經歷資料

(一)是否曾協助衛生福利部或司法機關撰寫初審鑑定報告？☐是 ☐否

(二)工作經歷：請依回溯方式(由現職起)填列被推薦人之工作經歷。

起迄年月	服務機關	服務單位	職稱

註：上述表格若有不足，請另紙填寫。

(三)證照：請依回溯方式(由現今起)依序填列被推薦人之證照或專科證書，並請附證書影本乙份。

取得年度	證照	證書號碼	證書效期	發給機關(構)、單位

註：上述表格若有不足，請另紙填寫。

(四)學歷：請由最高學歷起，依序填列被推薦人學歷資料至學士學位止。

年度	學位	學校	系所	修業狀態

註：上述表格若有不足，請另紙填寫。