

* 台灣燒傷暨傷口照護學會 * 會員通訊



秘書處：電話 02-28712121#1340
地址：112 台北市北投區石牌路二段 201 號-台北榮總整形外科辦公室
郵政劃撥：16713649 網址：<http://www.burn.org.tw>
E-mail：bataiwan@ms6.hinet.net

102 年 5 月修訂

※活動訊息：

1. 本會將於民國 102 年 8 月 17 日舉辦『102 年度會員大會暨學術研討會』。

■地點：台北榮總-(台北市北投區石牌路二段 201 號 致德樓第二會議室)

■時間：上午 08:30~下午 17:30 止

■邀稿通知：

歡迎參加及提出論文報告，論文經審核後，再通知發表者。

◎論文摘要中、英文皆可，為求整體印刷精美，字體字形大小敬請一致。中文：細明體 12 號。英文：Times New Roman 12 號，請以本會投稿摘要用紙投稿。

【詳情請見附件一】

◎敬請於 102 年 6 月 30 日以前以電子郵件將電子檔寄至學會信箱

bataiwan@ms6.hinet.net，逾時者恕不受理。

2. 「燒傷資深護理師」及「資深護理人員金質紀念徽章」已開始申請，欲申請人員請於 102 年 6 月 30 日前寄至本會秘書處審查，申請資格請參考學會章程。

【詳情請見官方網站 <http://www.burn.org.tw>】及【附件二、附件三、附件四】

※近期重要活動訊息：

1. 本會將於民國 102 年 12 月 7 日舉辦『2013 燒傷暨傷口照護南部研習會』。

■地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院-(高雄市自由一路 100 號)

2. 102 年度常年會費已開始繳交：

主治醫師：年費 1200 元 / 一般會員：年費 500 元。

郵政劃撥帳號：16713649 戶名：台灣燒傷暨傷口照護學會。

秘書處提醒各位舊會員若逾兩年以上未繳費請補繳前兩年年費及當年度年費，才能恢復會員資格。(依第八屆第三次理監事會決議)。

3.相關講座：2013 先進糖尿病傷口照護國際認證學術研討會-

102 年 6 月 29-30 日於高雄長庚紀念醫院國際會議廳(紅廳)舉辦「2013 先進糖尿病傷口照護國際認證學術研討會」。

4.國際資訊：EBA 將於 2013 年 8 月 28-31 日於奧地利維也納舉行第 15 屆歐洲國際燒傷會議。

【詳請洽大會網址：[http:// www.eba2013.org](http://www.eba2013.org)】

敬 祝

平 安 如 意

『附件一』：

臺灣燒傷暨傷口照護學會投稿摘要用紙

TOPIC

Wu TJ , MA

作者姓名

服務機關，單位

【Introduction】

【Materials and Methods】

【Results】

【Discussion】

【Conclusions】

『附件二』：

臺灣燒傷暨傷口照護學會 燒傷資深護理師證書申請表

101年7月修訂

| | | | | | |
|--|------------|--|-------|--|--|
| 會員編號 | | 姓名 | | 出生日期 | |
| 服務單位 | | | | 職稱 | |
| 身分證字號 | | | | | |
| 入會日期 | | | 申請日期 | | |
| 通過高級心臟救命術(ACLS)日期 | | | | | |
| 在職證明 | | | | | |
| 茲證明_____服務於燒傷單位自____年__月__日起迄今。 | | | | | |
| 主任： | | 督導： | | 護理長： | |
| 以下資料由燒傷學會審核，申請者請備妥資料，不需填寫 | | | | | |
| 資格 審查 | 項目 | 初審(以 V 表示) | | 複審(以 V 表示) | |
| | 護理師證書 | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | |
| | 燒傷學會會員證書 | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | |
| | ACLS 證書 | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | |
| | 教育積分證明(表三) | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | | <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 | |
| 審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 | | | 申請日期： | | |
| 通過日期： | | | | | |
| 審查委員簽名處： | | | | | |
| 備註： | | | | | |

『附件四』：

臺灣燒傷暨傷口照護學會
資深護理人員金質紀念徽章申請表

申請_____年金質紀念徽章(5年、10年、15年、20年…等)

| | | | | |
|--|---------|------------------------------|-----|------|
| 會員編號： | | 申請日期：民國 年 月 日 | | 照片 |
| 申請人 | 中文姓名： | | | |
| | 英文姓名： | | | |
| 醫院名稱： | | 單位： | | |
| 聯絡電話：(日) | | (夜) | 手機： | |
| 戶籍地址：□□□ | | | | |
| 通訊地址：□□□ | | | | |
| 學 歷 | 學校名稱 | | 學位 | 起訖年月 |
| | | | | |
| 經 歷 | 服務機關及單位 | | 職稱 | 起訖年月 |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> 檢附燒傷資深護理師證書影本 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 活動會員證明 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 在職證明 | | | | |
| 加入學會日期： | | 申請金質徽章日期： | | |
| ※以下資料由燒傷學會審核，申請者請備妥資料，不需填寫。 | | | | |
| 審核結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 | | | | |
| 審核人簽章： | | | | |
| 備註： | | | | |