**109-2失智症照顧服務 20小時訓練課程招生簡章**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | **時間** | **課程名稱** |
| 1 | 3/19（五）19:00～21:00 | 認識失智症 |
| 2 | 3/20（六）08:00～12:00 | 失智者之精神行為問題的照顧及危機處理（含情境演練） |
| 3 | 3/20（六）13:00～17:00 | 失智者之日常生活照顧（含情境演練） |
| 4 | 3/21（日）08:00～10:00 | 失智者日常 生活促進與 活動安排 |
| 5 | 3/21（日）10:00～12:00 |  安全看視 |
| 6 | 3/21（日）13:00～17:00 |  與失智者溝通之原則與技巧演練 |
| 7 | 3/22（一）19:00～20:00 |  失智者之營養照顧與飲食建議 |
| 8 | 3/22（一）20:00～21:00 |  失智者口腔保健 |

 **(失智症照顧服務訓練課積分申請中)**

* **上課時間：自110年3月19日～110年3月22日**
* **上課地點：高雄醫學大學(開課前3天會以手機簡訊通知上課教室)**
* **招生對象：照顧服務員及長照相關人員**
* **報名費用：2,500元**
* **報名方式：**

**（1）網路報名：**[**http://dce.kmu.edu.tw/**](http://dce.kmu.edu.tw/) **（如未註冊過，需先申請“新帳號”）**

**（2）臨櫃報名：上班期間（星期一至五）上午9:00～17:00（中午不休息）**

**請至本校勵學大樓3樓半 教務處推廣教育中心。**

**（3）通訊報名：請將報名表填妥聯同報名費用（請購買郵局匯票，匯票受款人請寫「高雄醫學大學」）一起以掛號寄至高雄市三民區十全一路100號（高雄醫學大學教務處推廣教育中心　收）**

* **招收名額：30人以上開班50人額滿。報名日期：即日起至110年3月15日**

✂………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**109-2失智症照顧服務 20小時訓練課程報名表（開課序號:94248001）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 教育程度 | □0.無□1.小學 □2.國中□3.高中職□4.專科 □5.大學 □6.碩士□7.博士 |
| 聯絡電話 | 公: 私:手機: | E - mail |  |
| **照顧服務員小卡編號** |  |
| 住 址 |  |
| 注意事項 | **1.高雄醫學大學為協助學員進行報名相關作業之目的，需蒐集您的姓名、性別、身分證字號、電話、地址、出生年月日等個人資料（辨識類：C001、C003、C011、C013、C023、C038、C051），作為就學期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存1年。本校於蒐集您的個人資料時，若您不願意提供真實且完整的個人資料或有欄位未填寫，則可能對您的報名作業及參與本課程之權益有所影響。****2.本人同意本表資料及上課時之個人肖像權由高雄醫學大學教務處推廣教育與數位學習中心於執行相關業務範圍內進行蒐集、處理與利用。****3.如欲行使其他個人資料保護法第3條的當事人權利，請洽本校教務處推廣教育與數位學習中心。（extend@kmu.edu.tw；（07） 3121101-2270）****本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容。學員簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 推廣學號 |  | 承辦人簽章 |  | 收費簽章 |  |
| 日期 / 費用 |  |  | 備註 | 退費依本校推廣教育退費規定辦理，洽詢電話：（07）312-1101轉2270 |