

113 年罕見疾病關懷志工交流聯誼

一. 活動目的

1. 提供關懷志工交流聯誼、提問及學習的機會。
2. 提供全人醫療的照護模式，持續關注花蓮地區罕病個案及其家庭照護品質，以落實照顧弱勢族群，善盡社會責任，落實罕見/遺傳疾病的社區照護。

二. 主辦單位：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 遺傳諮詢中心

三. 指導單位：衛生福利部國民健康署

四. 實施方式：團康活動及經驗分享交流



1. 活動對象：罕見疾病關懷志工、有興趣的志工
2. 活動時間：2024 年 9 月 28 日(週六) 13:30-15:30
3. 活動地點：花蓮慈濟醫院大愛樓三樓靜心悅讀空間(花蓮市中央路三段 707 號)
4. 活動費用：活動全程免費。
5. 報名連結：<https://bit.ly/3WUkiNQ>

五. 活動內容：

時間	主題	主持人/主講人
13:00~13:30(30")	報到	
13:30~13:40(10")	致歡迎辭及績優志工頒獎	花蓮慈濟醫院遺傳諮詢中心 朱紹盈醫師
13:40~14:10(30")	愛的路上你和我	花蓮慈濟醫院遺傳諮詢中心 麥佩雯諮商心理師
14:10~15:20(70")	解鎖新技能~陪伴經驗分享交流	
15:20~15:30(10")	結語與期許	
15:30~	大合照賦歸	

113 年罕見疾病關懷志工交流聯誼

活動報名表

1. 響應環保, 請自備環保碗筷, 匙, 環保杯。
2. 若有發燒或呼吸道症狀, 請通知主辦單位取消, 並做好自身的健康照護, 祝福早日康復。
3. 除飲食外, 課程期間需全程配戴口罩。

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ; <input type="checkbox"/> 女		
身分	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 其他:_____				
就讀學校/ 單位		科系/年級/ 職稱			
身份證字號		出生年月日	民國	年	月 日
E-mail		當日聯絡手機			
Line	<input type="checkbox"/> ID:_____ <input type="checkbox"/> 電話:_____				
您曾經有陪伴過罕見疾病個案的經驗嗎? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有					
承上, 請問該病人的疾病診斷為? (若無此經驗請填無)					
罕見疾病關懷志工服務過程中, 您印象最深刻的事? (若無此經驗請填無)					
罕見疾病關懷志工服務過程中, 您遇到的困難或限制有? (若無此經驗請填無)					
關於罕見疾病關懷志工, 您想了解的有?					

★報名時間：即日起至 113 年 9 月 20 日止

★報名方式：

傳真專線：(03)8462916，報名後請來電確認。

★聯絡電話：(03)8561825 分機 13794 麥佩雯諮商心理師