

110 年度癌症醫病溝通技巧實作工作坊

招生簡章

- 主辦單位：台灣心理腫瘤醫學學會、亞太心理腫瘤學交流基金會、高雄榮民總醫院家庭醫學部、高雄榮民總醫院癌症防治中心、臺北榮總輔導會北區榮民安寧緩和資源中心、財團法人大德安寧療護發展基金會
- 辦理目的：病情告知是一種人性化的溝通過程，優化過的溝通技能，可以協助病人和家屬做出適切的醫療照護選擇，減少病人與家屬的傷害，故為促使醫院重視癌症病人醫療照護自主權益的維護，以及醫護人員病情告知溝通技能的提升，希望參與者由實際演練與回饋分享中，體會病人感受並給予同理關懷，讓告知壞消息過程更加順利，以達到病人有知的權利，享有專業照護和減少無效醫療，共創生命圓滿。
- 辦理模式：課程以工作坊形式進行演練及討論，每小組包括 2 位全國師資(facilitator)與 4-10 位學員，由學員輪流扮演醫師，與模擬病人進行告知壞消息演練。全國師資會適時暫停演練，由所有參與人員就剛才進行的過程進行討論及經驗分享，扮演醫師的學員亦可反覆練習。
- 對象：對此議題有興趣的醫師、護理師、社工師、心理師及醫療照護相關專業人員。
- 上課日期：

場次	時間	課程地點
1	6 月 30 日(三) 13:00-17:30	高雄榮民總醫院
2	9 月 24 日(五) 13:00-17:30	臺北榮民總醫院

- 學員人數：每場次 12-30 人，請踴躍報名，**額滿為止**
- 參加費用：~~原價 3,000 元~~ 推廣價 1,500 元/場次
- 報名及繳費方式：

一、 匯款帳戶：

淡水第一信用合作社竹圍分社
銀行代碼：119 帳號：0065-21-335985-0
戶名：台灣心理腫瘤醫學學會

二、 報名方式：

1. 網路報名-

請先完成匯款後，保留匯款明細或轉出帳號後 5 碼，

至 <https://forms.gle/agY4xFqJo2MQ4Cbw8> 或掃描 QR Code 填寫報名表及匯款資料



2. 紙本報名-

請由公文附件之「報名表」填寫後，連同繳費收據以傳真或 E-MAIL：tpos.jc@gmail.com 方式傳至本會秘書處。

✚ 其他注意事項：

1. 住宿、交通與停車費請自理。
2. 全程參與課程且完成評值問卷，始核發參加證明。

✚ 退費機制：

1. (每梯次)課程前 30 日以上取消者，全額退費，但酌收 100 元手續費。
2. (每梯次)課程前 14-29 天期間取消者，退 50%。
3. (每梯次)課程前 1-13 天期間取消者，退 30%。
4. (每梯次)當日取消者因前置作業所有費用皆已產生，恕無法退費。

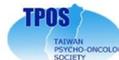
✚ 課程表：

13:00-13:30	工作坊前會議(師資)與學員報到	需具備一間可容納 60 人的大型教室。
13:30-13:40	工作坊介紹(含致詞)	在大教室進行，由每次工作坊之總負責師資介紹。 其他師資開始布置教室，需要 2-3 間可容納 20 人，每組一間。
13:40-14:30	SHARE 模式介紹，分組	在大教室進行，由每次工作坊之總巡場師資或由該醫院的全國師資授課。 模擬病人完成報到。 學員依照分組名單至各組別，互相認識、演練前討論。
14:30-15:20	第一場練習	分組演練。
15:20-16:10	第二場練習	
16:10-17:00	第三場練習	
17:00-17:10	學員後測	師資撤除場地布置。全體回到大教室。 需具備一間可容納 60 人的教室。
17:10-17:30	團體回饋 頒發證書	師資撤除場地布置。全體回到大教室。 包括模擬病人、學員、師資回饋。 師資親自頒給該組的學員。

✚ 其他重要說明：

- 一、請於各場次開課前二週完成報名及繳費，以利行政前置作業進行。
- 二、此課程屬團體及互助型學習，報名經確認後，請務必出席，若不出席將嚴重影響同組其他學員學習效果；若有臨時變故，請務必於一週前告知本會，俾利通知候補學員遞補。
- 三、本會將於每場次開課前一週，**統一發放上課通知**，不便之處，敬請見諒!
- 四、為要求品質及確保學習效果，錄取上課學員請**務必全程參與，不得缺課**。遲到或早退累積達 20 分鐘者，則不授予工作坊參加證明。
- 五、每場次名額有限，如原報名場次錄取者於當日課程缺席，恕不接受再報名其他場次。
- 六、本課程恕不開放現場報名，敬請見諒!

「110 年度癌症醫病溝通技巧實作工作坊」 報名表



- ✚ 請詳細填妥各欄位資料後傳真(02)8809-1582 或 email : tpos.jc@gmail.com 至本會秘書處，並來電確認是否傳送成功!
- ✚ 本會將於報名截止日後，確認錄取之學員名單及應繳費之學員，於每場次開課前一週以 E-mail 方式發放課程通知函。
- ✚ 課程不開放現場報名及繳費，敬請見諒!

以下各欄位請以正楷書寫，字跡切勿潦草，俾利建檔!

傳送日期： 年 月 日

姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日	民國	年	月	日
現職機構				
科別/單位	職稱			
報名場次 (請勾選確認)	<input type="checkbox"/>	6月30日(星期三) 13:00-17:30 高雄榮民總醫院		
	<input type="checkbox"/>	9月24日(星期五) 13:00-17:30 臺北榮民總醫院		
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
連絡電話			手機	
EMAIL			收據資訊	抬頭：_____
				統編：_____
現任職別 與 工作年資	➢ 資深主治醫師第_____年		➢ 護理：臨床工作_____年	
	➢ 主治醫師 第_____年		➢ 社工：臨床工作_____年	
	➢ 住院醫師 第_____年		➢ 心理師：臨床工作_____年	
	➢ 總醫師 第_____年			

報名聯絡人：張小姐 電話：(02)8809-1552 傳真：(02)8809-1582

Email : tpos.jc@gmail.com