

* 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

103 年 5 月修訂

※活動訊息：

1. 本會將於民國 103 年 8 月 15-16 日舉辦『103 年度會員大會暨國際學術研討會』。

■地點：台北榮總-(台北市北投區石牌路二段 201 號 致德樓第一、第二會議室)

■時間：上午 07:30~下午 17:30 止

■海報邀稿通知：

歡迎參加及提出海報發表報告，經審核後，將再通知發表者。

◎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 103 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，請留意表列學術論著積分點數異動(依第十一屆第五次理監事會議決議)，欲申請人員請於 103 年 6 月 30 日前寄至本會秘書處審查，申請資格請參考學會 103.03 會訊。

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

3. 本會 103 年度會員大會並將**改選理監事**，即日起實施會籍清查-----
依本會學會章程規定，超過 2 年以上未繳交會費者將予以除權，3 年以上將予以解除會籍，敬請會員繳交會費以確保自身權利(依第八屆第三次理監事會議決議)。

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。

如有繳交問題歡迎致電秘書處詢問，謝謝!!

(02)2871-2121#1340 林小姐



※ 國際資訊：

1. 2014 ISBRWH 國際燒傷及傷口照護會議：

將於 2014.10.08-10.10 於大陸重慶西南醫院舉辦,歡迎踴躍參與。

大會相關訊息請聯繫:  southwestburn@126.com 

2. ISBI 將於 2014 年 10 月 12-16 日於澳大利亞舉行第 17 屆國際會議，大會網址
<http://isbi2014.com>

敬 祝

平 安 如 意

『附件一』：

臺灣燒傷暨傷口照護學會海報投稿摘要用紙

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

102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					
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)

102年7月修訂

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：		上次申請金質徽章日期：		
※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：				