**佛教慈濟醫療財團法人**

**跨院區臨床科臨床服務與教學整合計畫**

**【活動紀錄表】**

計畫編號：

計畫名稱： ○○ 科臨床服務與教學整合計畫

全程核定執行期限：○○年1月1日至○○年12月31日止 (一年)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 活動名稱 |  | | | |
| 申請人  (請填寫主持人、座長、講師) |  | 參與者  (請填寫院區、若單獨對象請備註姓名) | |  |
| 整合項目 | □臨床服務 □專科醫師訓練醫院  □教學活動 □教材編撰 □其他 | | | |
| 整合項目名稱 | 請填寫「整合項目及預算編列參考」之項目名稱 | | | |
| 簡要說明  (執行內容或方式) |  | | | |
| 活動照片(如視訊截圖、教學過程…等)至少2張照片 | | | | |
|  | | |  | |