

台灣傷口造口及失禁護理學會 函

通訊地址：台北市中山區民生東路三段 92 號 13 樓之 3
電子信箱：ostomy94@gmail.com 聯絡人：胡麗霞
傳 真：(02)25010862 電話：02-25010852
網 址：http://www.twocna.org.tw/

受文者：文列單位

發文日期：中華民國 113 年 09 月 23 日

發文字號：台傷護于字第 11309923 號

附件：如說明六

主旨：本會為宣揚 113 年 10 月 5 日「世界造口日」，並廣為傳播造口的正確觀念，敬邀 貴屬於 10 月份共同發起關懷造口病友活動，本會將酌予提供部分經費補助，請 查照。

說明：

- 一、依據本會 113 年工作計劃辦理。
- 二、凡於 113 年 10 月份舉辦關懷造口病友活動，並經本會任一理監事參與協辦者，均可提出申請補助。
- 三、申請程序：即日起至 10 月 04 日截止，填妥「活動計畫表」向本會提出申請，經本會審查通過獲得補助者，將主動通知。辦理單位於 113 年 11 月 04 日前須繳交「活動成效報告」（檢附單據），逾期不予受理。
- 四、補助方法：本會依申請案件及活動內容審定補助金額，原則上每位造口個案之補助金額限新台幣 200 元內（如總申請金額超出本會預算，將依比例原則分配）。
- 五、活動方式：含住院、養護中心或居家造口病友之慰問，造口病友聯誼會、造口護理相關海報展示、郊遊活動及其他足以表達關懷之創意活動均可。
- 六、「113 年世界造口日-關懷造口病友溫情系列活動計劃申請表」、「113 年世界造口日-關懷造口病友溫情系列活動成效報告表」公告本會網站，請自行下載。

正本：各護理院校、醫療院所、行政院衛生署所屬醫療院所

副本：本會理監事及相關委員會

理事長 于博芮

台灣傷口造口及失禁護理學會

113 年世界造口日-關懷造口病友溫情系列活動計劃申請表

活動名稱			
活動申請人		舉辦地點	
E - mail		聯絡電話	
聯絡地址			
活動舉辦日期		協辦理監事 (至少一人)	
舉辦活動摘要 1. 舉辦方式及日程重點 2. 預計人數 3. 表達本會協辦贊助方式 4. 預期成效			
活動預算	新台幣	萬 仟 佰 拾 元整	
其他機構補助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	_____元	
申請本會補助	新台幣	萬 仟 佰 拾 元整	
審查結果 (審查單位填寫)	<input type="checkbox"/> 依規定核定補助預算	新台幣	萬 仟 佰 拾 元整

經辦人

會計

理事長

注意事項：

1. 申請期限：**113/10/04**前提出申請，逾期不予受理。
2. 申請原則：一次活動僅能提一次申請，並以 113 年 10 月舉辦之活動為限，且需至少一位本會理監事參與協辦。
3. 已取得其他單位補助者，申請補助金額不得超過實際支出總金額。

台灣傷口造口及失禁護理學會

113年世界造口日-關懷造口病友溫情系列活動成效報告

活動名稱							
活動申請人				舉辦地點			
E-mail				聯絡電話			
聯絡地址							
活動舉辦日期				協辦理監事 (至少一人)			
舉辦活動成效 1. 如參加人數… 2. 請附活動相關 附件如慰問 卡、禮物名 細..等 3. 請附重點相片 4張							
活動經費結算	新台幣	萬	仟	佰	拾	元整	
申請本會補助	新台幣	萬	仟	佰	拾	元整	
審查結果 (審查單位填寫)	依規定核定補助預算_____元 擬核准補助金額 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整						

經辦人

會計

理事長

注意事項：

1. 申請期限：**113/11/04**前提出申請，逾期不予受理（以郵戳為憑）。
2. 請附收據正本（統編：21724255 抬頭：台灣傷口造口及失禁護理學會），如申請補助金額不實，願繳回本次所領全部金額。
3. 請附匯入銀行、戶名、帳號（存摺封面影本）
4. 郵寄地點：台北市中山區民生東路三段92號13樓之3
「台灣傷口造口及失禁護理學會」收
5. 詢問電話：02-25010852