

正本

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 函

機關地址：97002花蓮市中央路三段707號

傳 真：(03)8560977

承 辦 人：謝佳言

聯絡電話：(03)8561825轉13600

受文者：慈濟學校財團法人慈濟科技大學

發文日期：中華民國109年08月14日

發文文號：慈醫文字第1090002329號

速別：普通件

密等及解密條件：普通

附件：

主旨：有關貴校擬聘請本院家庭醫學科醫師支援109年度第一學期健康中心診療服務乙案，本院敬表同意，請查照。

說明：

- 一、復貴校慈科大學字第1090200129號函。
- 二、支援時間：109年9月14日起至110年1月14日止。  
每週一、週三及週四；中午12：20至13：50。  
支援醫師：胡申言醫師、許巍泓醫師。
- 三、有關醫師服務津貼敬請撥款至本院帳戶  
(帳號：01000400143992，銀行別：花蓮第二信用合作社)，並請將撥款明細表傳真至財務室黃思晨小姐(傳真號碼：8571440)。

佛教慈濟醫療財團法人  
花蓮慈濟醫院校對章

正本：慈濟學校財團法人慈濟科技大學

副本：本院家庭醫學部、人力資源室

院長林欣榮

衛保組

## 佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 函

地址：970花蓮市中央路三段707號  
承辦人：謝佳言  
電話：(03)8561825轉13600  
傳真：(03)8560977

受文者：慈濟學校財團法人慈濟科技大學

發文日期：中華民國110年1月28日  
發文字號：慈醫文字第1100000291號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (1100000291\_Attach1. pdf)

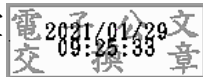
主旨：有關貴校擬聘請本院家庭醫學科醫師支援109年度第二學  
期健康中心診療服務乙案，本院敬表同意，請查照。

說明：

- 一、復貴校「慈科大學字第1100200018號」函。
- 二、支援時間：110年2月22日起至110年6月24日止。每週一、週三及週四；中午12：20至13：50。支援醫師：胡申言醫師、許巍泓醫師。
- 三、有關醫師服務津貼敬請撥款至本院帳戶(帳號：01000400143992，銀行別：花蓮第二信用合作社)，並請將撥款明細表傳真至財務室黃思晨小姐(傳真號碼：8571440)。

正本：慈濟學校財團法人慈濟科技大學

副本：本院人力資源室



院長 林欣榮