

111學年度第一學期臺北市公立技術型高中、技專校院暨 業界產學合作課程－「高齡樂活健康實驗室」上課通知

各位親愛的同學們：

歡迎各位參加由開南中學與國立臺北護理健康大學辦理的「110學年度第二學期產學合作課程-高齡樂活健康實驗室」。

本次上課地點為國立臺北護理健康大學高齡健康照護系教室。

下列幾點事項提醒各位同學，敬請配合：

- 一、請穿著學校服裝，並配戴口罩，若體溫超過37.5度不得進入校園上課(校門口會量額溫)，並提健康聲明書(附件一)。
- 二、因疫情因素，學校進出皆有較多管制，希望同學們當天上課時段都留在臺北護理健康大學校園內，不要到處亂跑。
- 三、進出校園入口：校本部：112303 臺北市北投區明德路 365 號

『2號門』及『3號門』暫無開放進出入



- 四、課程中可能會用到身體肢體運動，同學們請穿著各校運動服至本校上課。
- 五、**出席達全時段2/3**且考核**成績合格**者始核發課程研習證書。

臺北市私立開南中學實習處 敬啟 111.09.21

聯絡人：王鈺婷主任

聯絡電話：(02) 2321-2666#226

◎課程資訊

- 一、開課單位：國立臺北護理健康大學
- 二、課程名稱：高齡樂活健康實驗室
- 三、授課教師：蔡君明教授等(詳如附表)

時間	課程主題	主持人／主講者
9/30 1330-1630	高齡產業大未來+高照系導覽	蔡君明老師
10/7 1330-1630	高齡者體驗	郭麗敏老師
10/14 1330-1630	高齡健康照護~食物質地與長輩餵食	王曉萍老師
10/21 1330-1630	高齡健康促進~高齡者按摩與運動保健實務	廖英壹老師
10/28 1330-1630	高齡健康管理~~高齡社會面面觀：長照制度+高齡 職場	葉馨婷老師
11/4 1330-1630	高齡健康促進~和長輩一起玩，越玩越健康	彭晴憶老師

- 四、上課地點：國立臺北護理健康大學高齡健康照護系教室
- 五、國立臺北護理健康大學高齡健康照護系連絡電話：(02)27712171#3618
- 六、上課日期：9/30、10/7、10/14、10/21、10/28、11/4 (皆為星期五)
- 七、上課時間：13:30-16:30

國立臺北護理健康大學健康聲明書

更新日期：109年04月06日

您好，為配合「嚴重特殊傳染性肺炎」(以下簡稱：COVID-19/武漢肺炎)防治，請務必誠實填寫下列資料，以保護您及他人的健康安全！

姓名	身分證字號	連絡電話								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

本人於 年__月__日 因 洽公_____ (單位) 或
參加_____ (單位)辦理之活動
 願配合貴校依據傳染病防治法及政府防疫相關規定制定之 COVID-19/武漢肺炎防治策略，以強化活動之防護及健康管理，共同確保國內公衛安全。本人秉誠信原則於進入貴校前提供以下資料並願意遵守校園防疫規定，倘有違反之情事願承擔相關法律責任與懲罰。 特立此切結書為憑。

1. 一個月內，您是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間：__月__日至__月__日
2. 最近 14 天內，您是否(曾)出現以下症狀(可複選)：	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ /額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ /腋溫 $\geq 37^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉/關節酸痛 <input type="checkbox"/> 失去嗅味覺 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 倦怠乏力 <input type="checkbox"/> 其他_____
3. 您是否曾與感染 COVID-19/武漢肺炎的確診病患有接觸史？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
4. 您是否為衛生主管機關之 COVID-19/武漢肺炎列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理； 列管期間：__月__日至__月__日
5. 一個月內，與您同住的親友是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間：__月__日至__月__日
6. 與您同住的親友是否曾與感染 COVID-19/武漢肺炎確診病患有接觸史？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
7. 與您同住的親友是否為衛生主管機關之 COVID-19/武漢肺炎列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理； 列管期間：__月__日至__月__日

簽署人：	填表日期： 年 月 日
------	-------------