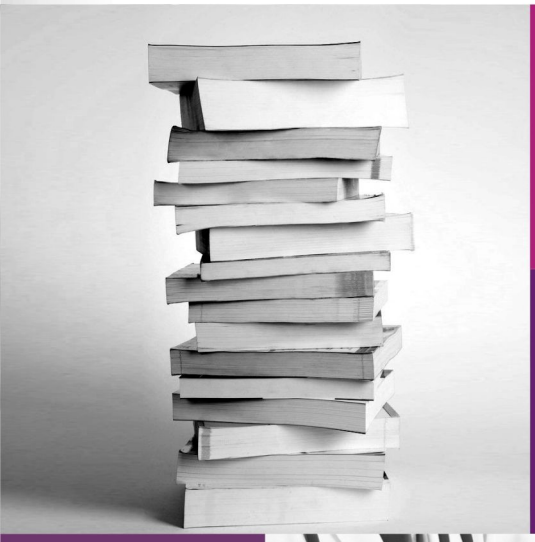
香港醫療「零距離交流」項目

Hong Kong Medical 「Non-Distance Exchange」 Program

2016年寒假交流團

國際醫學專家面對面　　深度認識香港醫療　　兩地學生零距離交流









香港浸信會醫院
Hong Kong Baptist Hospital

International Health Promotion Association
國際健康促進協會

項目簡介

香港是全球医疗制度最为完善的地区之一，香港专业高效的医疗健康管理体系，无论在学术、技术和操守等方面都世界领先，也是全球医疗制度最为完善的地区之一。医疗产业更被香港政府定位为支持未来香港发展的六大支柱产业之一，在整个亚洲享有盛誉。香港的医疗产业涵盖了公立医院、私立医院，以及医疗相关的活动，如零售医疗用品和医疗保险等。香港公立和私立医疗机构均有高效的运营管理，在医疗素质及风险管理、医患关系与病人安全、医疗信息技术管理、以及全人健康医疗服务模式等方面具有丰富的实践经验和专业优势。

香港医疗「零距离交流」项目，目的是希望能藉由香港浸信会医院的课程学习，体验香港医疗体系，促进来自不同地区及文化背景的青年学生与著名医疗健康界专业人士的交流与互动。本项目行程安排丰富紧凑，包括参观香港浸信会医院，学习医疗服务、现代管理及医院的运营及服务理念等内容。

本项目专为优秀中国医学生设计。通过一系列互动学习和交流访问，学员不仅可实地体验香港私立医院的企业文化，而且可结识来自不同文化背景的同伴与精英，建立人际网络。

本项目分为三个部分：

- **医疗学习交流**

  学生将有机会和香港著名医院专家面对面交流学习，全面了解香港医院的门诊、住院、各项服务流程，了解全人照顾的医疗模式等。

- **实现国际交流**

  参加本次项目的人员，将有机会与香港的医学生在同一课堂学习，面对面交流，真正做到零距离接触，实现国际化交流。

- **颁发项目证书**

  香港浸信会医院和国际健康促进协会将联合为参加项目的学生颁发结业证书。通过BLS课程考核者可获得美国心脏协会基本生命支援术施救者(医护人员)证书。



微信公众账号 Antioch-HK

醫院簡介

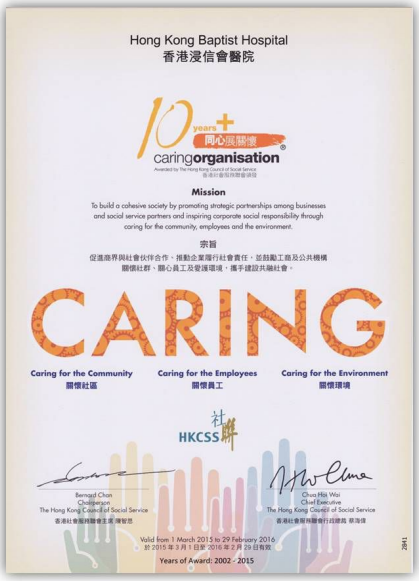
香港浸信会医院简介：

香港浸信会医院（简称HKBH）为香港浸信会联会辖下其中一所社会服务机构，成立于1963年，至今已服务港人50余载，是一所颇具规模的全科私家医院，现设有逾800张病床。

香港浸信会医院由1950年的一所诊所渐渐发展至今天的全科医院。多年来，医院致力拓展多元化服务，包括开设不同的专科医疗中心，致力提升服务质素达国际级水平，满足现今社会对高质素医疗服务的需求。医院提供全面的门诊服务，包括家庭医学、专科及特别门诊，为病人提供全天候的高质素诊断、治疗及护理服务，尤其注重病人身、心、社、灵的需要，致力实践「全人医治」的理念。



多次荣获「澳洲医疗服务标准委员会」（ACHS）认证

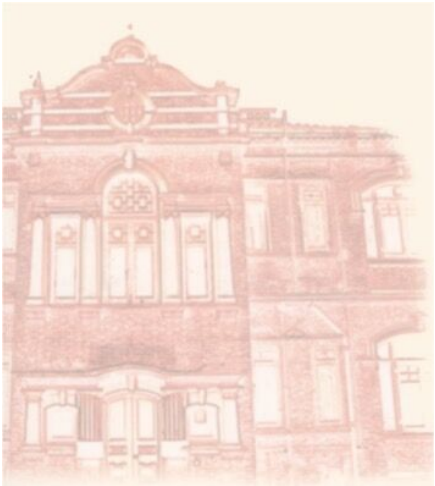


荣获香港社会服务联会颁发「10年Plus同心展关怀」标志

機構參觀簡介

香港医学博物馆：

香港医学博物馆成立于1996年，是香港一所以医学为主题的博物馆。馆内介绍香港医学发展史，并解说传统中医与西医对诊病治疗的不同见解。全面介绍香港医科学术的发展历史，参观包括细菌学检验所历史介绍、香港SARS疫症展览、香港公共卫生及预防传染病的发展介绍等。



项目行程

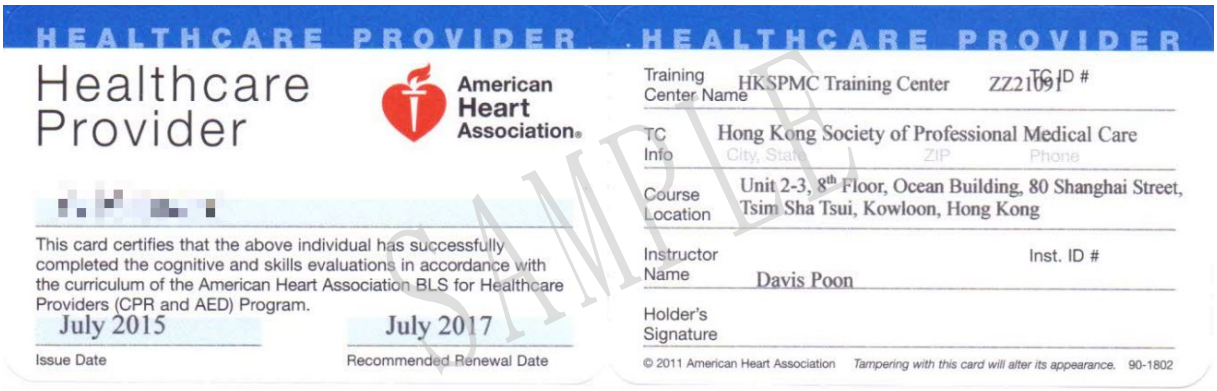
	第一天（星期日）	第二天（星期一）	第三天（星期二）	第四天（星期三）	第五天（星期四）	第六天（星期五）	第七天（星期六）
08:00 – 09:00	赴港行程	早餐	早餐	早餐	早餐	早餐	早餐
09:00 – 12:30		开学典礼 香港浸信会医院介绍 课程一：《香港医疗体系》讲座	课程三：《香港护理管理和教育》讲座	课程五：分小组《临床技能模拟训练》	课程七：《与香港医学生面对面交流和讨论》	游览香港大学	自由活动
12:30 – 14:00		午餐及小休	午餐及小休	午餐及小休	午餐及小休	午餐及小休	
14:00 – 17:00		课程二：分小组参观医院：医院新增服务（HKBH OPC, private wards, etc）	课程四：分小组《心电图解读》	课程六：香港医学博物馆介绍及参观（细菌学检验所历史介绍、香港SARS疫症展览、香港公共卫生及预防传染病的发展介绍等）	游览香港中文大学	结业报告 -小组专案报告 -专家团点评 -颁发结业证书 -合影	离港返程
17:00 – 19:00	晚餐	晚餐	晚餐	晚餐	晚餐	晚餐	
19:00 – 21:00	欢迎仪式 办理入往	分组讨论	文化生活体验（自行安排）推荐游览铜锣湾广场、星光大道等	分组讨论	分组讨论并提交《项目心得体会报告》	游览太平山顶	
注：具体行程以实际为准，此行程最终解释权归国际健康促进协会							

项目證書



香港医疗「零距离交流」项目证书样本

BLS 證書



美国心脏协会基本生命支援术施救者(医护人员)证书样本
(此证书为自选项目、参加此项目人员并考核通过者可获此证书)

項目時間及要求

项目时间：2016年1月24日（星期日）-1月30日（星期六），为期7天

项目要求：优秀在校医学生，如临床医学、口腔、护理、健康管理等专业

备　　注：本期项目报名达到规定人数，方才开团

項目費用

- **国际健康促进协会补贴费用包含：**教室及设备使用费、教材费、项目证书费等。
- **费用包含：**项目费包含讲师课酬、医疗机构参观费、行政管理费等，计3,800元人民币；旅港期间行程内住宿费（星级酒店四人间），计2,400元人民币。

序号	费用明细		费用(RMB)
1	项目费用	包含讲师课酬、医疗机构参观费、行政管理费等	3,800元
2	在港费用	住宿费（星级酒店四人间）	2,400元
合计：6,200元，11月15日之前报名享受优惠价**4,800**元			

- **自行承担费用包含：**往返香港交通费（国际健康促进协会可安排订购团队票），香港境内口岸/香港机场的接送费200元，交通费，餐饮费，美国心脏协会BLS自选课程费800元，香港境内7天旅游意外保险（保险金额20万人民币）100元，往来港澳通行证“团队旅游L”深圳口岸送关费100元（直飞香港送关费视出发城市而定，价格在100-500元不等），行程外费用等。

項目剪影



2015年暑期香港医疗交流团三育书院留影



2014年暑期香港医疗交流团三育书院留影





香港浸信会大学留影

項目剪影




2015年暑期香港医疗交流团课堂学习留影



2015年暑期香港医疗交流团医院科室参观留影



2014年暑期香港医疗交流团医院科室参观留影



2015年暑期香港医疗交流团康复中心参观留影

項目剪影



2015年寒假香港医疗交流团香港博爱医院（公立）留影



2015年暑期香港医疗交流团BLS课程学习留影



2015年寒假香港医疗交流团参观维多利亚港留影

项目剪影



2015年暑期香港医疗交流团参观香港医学博物馆留影



2015年暑期香港医疗交流团
参观香港医学博物馆留影



2014年暑期香港医疗交流团
参观香港医学博物馆留影







2015年暑期香港医疗交流团小组专案报告讨论留影

國際健康促進協會簡介

国际健康促进协会简介

- 国际健康促进协会注册于中国香港，服务中国市场。以传递健康、传递真爱为使命。积极影响更多人追求一个富痊愈性的环境、生活方式和全人健康理念。
- 我们的国际平台专注于海外医疗学习及高端健康咨询服务，我们致力于为会员提供长期不间断的交流与服务。
- 凭借多元网络，我们与各大医学院校及医院合作。
  - 专注于为医务人员、护理人员提供卓越的海外医疗培训，
  - 专注于为优秀的医学生提供国际医疗交流项目。
- 为该类精英人群提供海外研习、以及全球性医疗机构的学习机会。

- 我们的愿景：服务健康，福泽国人。
- 我们的核心工作：影响、训练和服务精英高端人群。
- 我们的使命：传递健康、传递真爱。

合作單位

曾参与项目的医学院校（覆盖全国10个省份）

复旦大学
中山大学
南京大学
南京医科大学
中国医科大学
浙江中医药大学
温州医科大学
扬州大学
南通大学
徐州医学院
泰山医学院
新乡医学院三全学院
蚌埠医学院
莆田学院
九江学院
浙江大学城市学院
丽水学院
嘉兴学院
湖州师范学院
绍兴文理学院

签署合作协议单位

港安医院（香港及荃湾）
中国医科大学
浙江中医药大学
温州医科大学
嘉兴学院
泰山医学院
南通大学
温州医科大学附属第一医院

（排名不分先后，以上信息截至2015年9月）

International Health Promotion Association
國際健康促進協會

项目报名表

Project Registration Form

申請人編號
Candidate No. _____

申請項目名稱 Title of the Program Applied For	

A 部 Section A

個人資料 Personal Particulars

姓名
Name _____ (中文Chinese) _____ (英文English)

出生日期
Date of Birth _____ (日DD / 月MM / 年YY)

身份證號碼
Identity Card Number _____

性別
Sex _____

你是否接受国际健康促进协会時間調配
Will you accept schedule arrangement Yes 是 ○ No 否 ○

聯絡電話/流動電話
Contact telephone number/ mobile phone _____

電郵地址
E-mail address _____

地址
Address _____

監護人姓名
Guardian Name _____

監護人電話
Guardian Contact _____

闡述你申請該項目之原因以及目標 (如有需要可另附頁) Specify your reasons for application

闡述你對職業道德的理解，(如有需要可另附頁) Specify your understanding of business ethic

＊請刪去不適用者
Please delete where inapplicable

B部（可選擇是否填寫）Section B（Optional）

你是否殘疾人士 Are you a candidate with a disability? ○ Yes 是 ○ No 否
如為殘疾人士，請註明殘疾性質及程度，以便作出適當的考試/面試安排
If yes, please indicate nature and degree of disability to facilitate arrangement of examination/interview

(註：国际健康促进协会在遴選時對殘疾人士及其他申請人均一視同仁，如果殘疾人士經確認適合申请交流项目，會獲優先考慮聘用。申請人或須提交醫生證明書，以證明他為殘疾人士。)
(Note： Candidates with a disability are considered on equal terms with other applicants and will be given preference for appointment if they are found suitable. Candidates may_be required to produce medical proof of their disability.)

C部 Section C

可參與時間

Date Available

D部 Section D

本人明白倘若故意虛報資料或隱瞞重要事實，即使已獲国际健康促进协会通知書，亦可遭取消。
I understand that if I willfully give any false information in this application form or withhold any material information, I shall render myself liable to dismissal if appointed to the service of the International Health Promotion Association.
本人明白並同意在參與項目期間有義務自行購買有效旅遊保險。
I understand and accept that I have the accountability to purchase valid insurance for the purpose of security during the program.
本人明白並同意在除非国际健康促进协会自行取消該項目， 否則申請費用以及專案費用將不退還。
I understand and accept that Unless the program is cancelled by the International Health Promotion Association, neither the application fee or program fee is not refundable.
本人明白並同意在項目舉辦方根據當時需要情況有權更改項目內容安排時間、地點以及導師。
I understand and accept that the programorganizer reserves the right to change the time and place of program meetings and to change the programtutor should this be necessary.
本人明白並同意如在活動期間遇上颱風警號(八號或以上)或黑色暴雨警告， 該天活動將會取消。
I understand and accept that If Typhoon Signal No 8 or Black Rainstorm Warming is in force, classes will be cancelled that day.
本人明白並同意遵守国际健康促进协会的規章制度並接受医院的項目安排。
I understand and accept that I must follow any roles and arrangement by the International Health Promotion Association.
本人明白並同意承擔洩漏除本次活動目的外，其他有關公司資訊以及商業機密所引起的一切法律責任。
I understand and accept that should be accountable for leaking out any data or business secret besides the needs of the program.
本人明白並同意国际健康促进协会不承擔本人參與項目期間違反法律法規引起的任何責任。
I understand and accept that the International Health Promotion Association is accountable for my illegal acts during the program.
本人明白並同意遵守国际健康促进协会的安排,国际健康促进协会有權取消其加入參加項目的資格，即使學生已獲錄取通知書，亦可遭無條件取消。
I understand and accept to follow all arrangement by International Health Promotion Association , The International Health Promotion Association have the right to render the applicants liable to disqualification for recruitment , even if the applicant have already received the offer from the International Health Promotion Association.
本人同意，国际健康促进协会可就進行與項目有關的事宜及為核實上述資料而進行必要的查詢。本人授權国际健康促进协会可就這些查詢透露任何有關記錄及資料（包括 在提出聘任前，向本人的現時及/或前僱主索取僱主推薦書；向有關當局/機構/醫護人員索取本人的體格檢查報告、醫事委員會報告或診療記錄，並將有關資料送交其他當局/機構/醫護人員；以及向有關院校/機構查詢本人的學歷/專業資格和索取有關記錄，並將有關資料送交其他當局/機構進行學歷評審）。
I consent to the International Health Promotion Association making any necessary enquiries for purposes relating to the program with the International Health Promotion Association and for the verification of the information given above. I authorize International Health Promotion Association to release any record or information as may be required for these enquiries (including, inter alia, obtaining a reference from my current and/or previous employer(s) before offer of appointment;obtaining my medical examination reports, medical board reports or medical records from relevant authorities/agencies/medical personnel and transferring of such data to other authorities/agencies/medical personnel; and making enquiries from relevant institutions/agencies regarding my academic/professional qualifications and obtaining relevant records and transferring of such data to other authorities/agencies for qualifications assessment).
本人明白並同意，上述資料會送交獲授權處理項目的部門/機構，以便進行與招聘有關的事宜（例如學歷評審、體格檢查、操守審查及索取僱主推薦書 等）。
I understand and accept that the information given above will be provided to departments/agencies authorized to process the information for purposes relating to the project of the Hong Kong Adventist Hospital e. g. qualifications assessment, medical examination, integrity checking and employer reference, etc.
本人明白並同意国际健康促进协会保留最終解釋權。
I understand and accept that the International Health Promotion Association reserves the right of final interpretation.

日期Date _____ 簽署Signature _____







更多信息 关注我们

国际健康促进协会
杭州安提雅健康咨询有限公司
http://www.antioch.hk
info@antioch.hk
服务热线 400 645 8728

* 此项目书版权归属国际健康促进协会，翻版必究