

臺中市政府衛生局 函

地址：420206臺中市豐原區中興路136號
承辦人：技士 林念穎
電話：04-25265394分機3130
傳真：04-25270822
電子信箱：hbtcm00838@taichung.gov.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國114年5月22日

發文字號：中市衛保字第1140061119號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：本案附件請至 (<https://annexf.hbtc.gov.tw/?C=ckUoLr>) 下載，驗證碼為
969VQA (387140000I_1140061119_ATTACH1.odt、
387140000I_1140061119_ATTACH2.odt)

主旨：檢送本局「114年醫療院所開設燃油減脂班」申請須知及
契約書各1份，請有意願參與本計畫之單位踴躍申請，請
查照。

說明：

- 一、世界衛生組織指出「肥胖是一種慢性疾病」，為提升市民對於健康減重之正確認知，並提高減重效率，徵求本市醫療院所辦理旨揭燃油減脂班，藉此強化民眾維持健康體位相關識能。
- 二、請有意願申請之醫療院所，於114年6月5日(星期四)前，檢附以下資料，免備文寄送本局辦理(信封上請註明聯絡人及連絡電話)：
 - (一)申請書紙本及WORD電子檔(含課程表、經費概算表及師資介紹)各1份。
 - (二)契約書紙本1式3份。
- 三、本活動申請須知及契約書，請至本局網站> 醫療院所交流

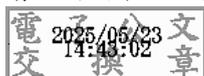
平台下載(網址：<https://www.health.taichung.gov.tw/2988435/post>)。

四、請本市醫師公會及診所協會協助轉知所屬會員踴躍申請。

五、若有相關問題，請逕洽本局保健科林念穎技士(電話：04-25265394分機3130)。

正本：本市各醫院、台中市診所協會、臺中市大臺中診所協會、臺中市台中都診所協會、社團法人臺中市大臺中醫師公會、社團法人臺中市醫師公會

副本：



裝

訂

線

臺中市政府衛生局

114年醫療院所開設燃油減脂班

申請須知

壹、目的

世界衛生組織指出「肥胖是一種慢性疾病」，比起健康體重者，肥胖者發生糖尿病、代謝症候群及血脂異常的風險超過3倍，發生高血壓、心血管疾病、膝關節炎及痛風也有2倍風險。透過規劃開設燃油減脂班，促進民眾維持健康體位、規律運動之習慣及提升健康識能。

貳、執行期間：114年6月至11月。

參、活動目標

藉由燃油減脂班，建立民眾維持健康體位相關識能如健康飲食、減脂運動、預防運動傷害及維持心理健康等，透過健康方式減重，並內化成自身習慣，持續維持健康體位。

肆、申請資格及辦理事項

一、申請資格：本市醫療院所，須另備有可容納至少20人之運動空間。

二、辦理事項：

(一) 參加對象：設籍臺中市，年滿18歲及 BMI \geq 24之市民，每人限報名1期。

(二) 報名人數：每家醫療院所每期至少20人，每堂課至少5人(可給付課程及場地費用全額之開班人數限制)。

(三) 報名方式：由醫療院所受理報名，報名當日需測量身高體重，符合資格即可參加。

(四) 執行方式：

1. 每家醫療院所最多辦理2期，第1期課程應於114年7月15日前開課，每期應收滿20人，民眾參與課程不另收取費用。

2. 提供報名者課程內容，如下：

(1)10堂課程(涵蓋健康飲食、減脂運動、預防運動傷害、心理健康等範疇)，課程內容由醫療院所自行規劃並經本局核定為主。

(2)每堂課程至少50分鐘。

(3)醫療院所可自行規劃減脂獎勵。

三、衛生局給付費用：

(一)課程費用：每期給付講師費用2萬元(每堂課2,000*10堂)。

(二)場地及器材費用：每期給付場地及器材費用1萬元(每堂課1,000*10堂)。

(三)其他行政費用：每期給付8,000元，包括宣傳費5,000元及雜支3,000元)。

(四)若因人數未達開班人數(每堂課至少5人)，每堂課課程費用、場地及器材費用給付方法如下：

1.該堂課人數未達5人(1~4人)仍開班者，給付50%費用【 $(2,000+1,000)*50%=1,500$ 】。

2.如因故未開班者，扣除該次未開班費用(2,000+1,000=3,000)，但可於執行期間，補辦課程後依規核銷。

(五)每家院所最高給付2期。

四、核銷方式：於課程結束後30日內，以公文函送收據(發票)、結案資料(報名表、課程簽到表及成果報告等)至本局，經審核通過後給付費用。

五、結案資料繳交方式：

(一)附件2-報名表，掃描成1個PDF檔案。

(二)附件3-簽到表，掃描成1個PDF檔案。

(三)附件4-成果報告，提供紙本及電子檔(word檔)各1份。

(四)以公文函送收據(發票)及成果報告紙本至本局，電子檔請以電子郵件寄送予本局承辦。

六、其他：院所應負責宣傳本項活動並招募足額民眾參與，且應積極掌握學員出席課程情形。

伍、申請方式

請依附件1-申請書格式填寫課程表、經費概算表及師資，並於114年6月5日(四)前函文送達本局紙本及電子檔(word檔)各1份，經本局核定後執行。

陸、注意事項

- 一、課程為參加者本人使用，若發現為他人代表，經查證屬實，將予以取消活動資格，並不得參與下期活動。
- 二、如本身患有心血管疾病、慢性病、妊娠中或其他身體不適之情形，報名前請洽詢醫師參與本活動之安全性，並請於報名時主動告知現場工作人員。
- 三、場館設施、設備之使用及年齡限制依各家機構規定辦理。
- 四、本活動因不可抗力或不可歸責於主辦單位之原因致影響活動之執行時，主辦單位得視情況調整修正、補充說明或停止辦理。

柒、 聯絡資訊

主辦單位：臺中市政府衛生局/保健科

聯絡人：林小姐

電話：04-25265394分機3130

地址：420206臺中市豐原區中興路136號

捌、 附件

附件1：申請書

附件2：燃油減脂班 報名表

附件3：燃油減脂班 簽到表

附件4：燃油減脂班 成果報告

臺中市政府衛生局
114年醫療院所開設燃油減脂班 申請書

機構名稱：_____

一、 燃油減脂班課程表

日期與時間	課程主題	講師	上課地點

(本表如不敷使用請自行增列)

二、 經費概算表

項目	單價	數量	單位	總價
課程講師費				
場地使用費				
教材費用				
行政管理費				
其他-請明列				
總計				000000 元

三、 師資介紹

(請簡述講師經歷、專業證照、專長領域等)

臺中市政府衛生局
114年醫療院所開設燃油減脂班 報名表

機構名稱：_____

基本資料	姓名		出生年月日	
	性別		身分證字號	
	連絡電話	本人： 緊急聯絡人姓名： 關係： 電話：		
	通訊地址			
	戶籍地址			
是否有相關疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
期望參與本次活動能獲得之成效	<input type="checkbox"/> 改善生活習慣 <input type="checkbox"/> 燃油減脂 <input type="checkbox"/> 獲取更多的資源 <input type="checkbox"/> 認識更多朋友 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
如何得知本活動	<input type="checkbox"/> 新聞媒體 <input type="checkbox"/> 本院 <input type="checkbox"/> 衛生局臉書 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 路邊看板、海報等 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
身體組成量測結果(前測)	身高		年齡	
	肌肉組成分析 _____型	體重	骨骼肌重	體脂肪重
			無可略	無可略
	日期： _____	肥胖分析	BMI	體脂肪率
				無可略
身體組成量測結果(後測)	身高		年齡	
	肌肉組成分析 _____型	體重	骨骼肌重	體脂肪重
			無可略	無可略
	日期： _____	肥胖分析	BMI	體脂肪率
				無可略

臺中市政府衛生局
114年醫療院所開設燃油減脂班 簽到表

機構名稱：

姓名：

課堂	日期	簽名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

精彩照片：(10張以內)

圖說：	圖說：
圖說：	圖說：

(本表如不敷使用請自行增列)

臺中市政府衛生局 114年醫療院所燃油減脂班契約書

契約書人臺中市政府衛生局（以下稱甲方）與_____（以下簡稱乙方）就辦理114年醫療院所燃油減脂班業務，經雙方同意訂定契約如下：

- 一、執行期間：**114年6月至11月，第1期課程應於114年7月15日前開課。**
- 二、乙方辦理業務：詳如活動申請須知。
- 三、**計畫經費**：本計畫經費預計新臺幣(以下同)53萬2,000元，預估每期3萬8,000元，其詳細用途依照甲方核定之經費概算表。
- 四、本契約履約期間，甲方得不定期派員至現場訪查及調閱相關紀錄及報表，並針對乙方服務之民眾進行服務滿意度調查。
- 五、本委託活動報告之智慧財產所有權屬臺中市政府衛生局，未經本局同意不得公開發表。本委託活動結果公開發表時，應於報告上標明『臺中市政府衛生局委託辦理』字樣。
- 六、乙方蒐集、處理、或利用個人資料者，應於履行本合約範圍、期間內為之，限於姓名、身分證字號等類別個人資料，且不得委託他人辦理，並應遵守個人資料保護法及其施行細則等規定及資訊安全需求，保護民眾相關個人資料及隱私。乙方如有違反契約規定，除應自負相關法律責任外，若致甲方受有損害或第三人請求賠償者，乙方應負損害賠償責任。
- 七、乙方需依規定時間繳交相關資料，如經甲方通知期限，逾期(114年11月30日前)未繳交時，甲方得隨時終止契約，乙方不得異議。
- 八、本活動因不可抗力或不可歸責於主辦單位之原因致影響活動之執行時，主辦單位得視情況調整修正、補充說明或停止辦理。
- 九、乙方如未如實登載資料或不實之紀錄請款，除依相關法律追究責任外，該撥付款項應繳回甲方，甲方並得終止合約。
- 十、本計畫經費為甲方之預算，如經費用罄，雙方合意終止本契約，甲方並停

止受理乙方補助經費之申請；經費用罄後，乙方執行甲方之業務甲方得不予追溯補助或補償。

十一、其餘未盡事宜，如有爭議，須經雙方協調並變更契約內容為之，以求妥善解決；如協調不易，惡意迴避或置之不理時，雙方同意以臺中高等行政法院為第一審管轄法院。

立契約書人

甲方：臺中市政府衛生局

代表人：

地址：臺中市豐原區中興路136號

統一編號：55507404

乙方：

負責人：

地址：

電話：

統一編號：

中華民國114年 月 日