

正本

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院骨髓幹細胞中心 函

機關地址：97002花蓮市中央路三段707號
傳 真：(03)8574324
承 辦 人：邱詩婷骨髓
聯絡電話：(03)8561825轉12455

受文者：國立東華大學 學務處衛生保健組
974 花蓮縣壽豐鄉大學路二段1號

發文日期：中華民國109年09月25日

發文文號：慈證髓字第1090254號

速別：普通件

密等及解密條件：普通

附件：無

裝 訂 線
裝
訂
線
主旨：慈濟基金會承衛生署及各施行骨髓移植手術醫院之委託成立本中心，辦理推廣捐贈骨髓觀念純屬公益性質。為推廣民眾參與捐髓救人、搶救生命行列，本中心將舉辦骨髓捐贈驗血活動，擬借用 貴校湖畔餐廳旁廣場。如蒙惠允，無任感荷。

說明：一、慈濟基金會承衛生署及各施行骨髓移植手術醫院之委託成立本中心，辦理推廣捐贈造血幹細胞捐贈觀念純屬公益性質。

二、祈請國立東華大學 共襄盛舉協同本中心辦理造血幹細胞捐贈驗血宣導活動，共同推廣造血幹細胞捐贈之正確觀念。

三、造血幹細胞驗血宣導活動：

進場時間：民國一〇九年十月二十一日(星期三)上午七點，進行場地佈置

活動時間：民國一〇九年十月二十一日(星期三)至十月二十二日(星期四)上午十一點至下午五點止

使用場地：湖畔餐廳旁廣場

四、慈濟聯絡人

慈濟桃園區志工：朱芳松師姊 電話：0963-055861

本中心聯絡人：邱詩婷小姐 電話：(03)8561825 分機12455

正本：國立東華大學 學務處衛生保健組 974 花蓮縣壽豐鄉大學路二段1號

副本：本中心資料庫暨行政組

財團法人佛教慈濟綜合醫院骨髓幹細胞中心校對章

主任楊國梁

109/09/29

第1頁，共1頁



1090018384

✕