

# 香港醫療公益項目

Hong Kong Medical Care Public Program

2015年國慶交流團

主辦：香港港安醫院

承辦：國際健康促進協會

香港頂尖私家醫院學習

國際醫學專家面對面

深度體驗香港醫療



**Adventist Health** 港安

Hong Kong Adventist Hospital  
Tsuen Wan Adventist Hospital  
香港港安醫院 荃灣港安醫院

  
International Health  
Promotion Association  
國際健康促進協會

## 项目简介

**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。

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，学员不仅可实地参与香港最佳私人医院的企业文化，而且可结识来自不同文化背景的同伴与精英，建立人脉网络。

本项目分为四个部分：

### ◆ 入住大学校园

在风景秀丽的百年历史校园里，与来自世界各地的学生交流，有机会了解各地人文风情，深入体验香港的大学校园生活。

### ◆ 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。

### ◆ 学习BLS课程（自选项目）

基本生命支援术课程(Basic Life Support Training Course)。本课程由「美国心脏协会」(American Heart Association) 特许机构提供，致力培训医护人员之基本生命支援术。课程内容包括心肺复苏法、胶囊及面罩复苏器之使用、哽塞处理、自动体外电击去颤器之使用等。

### ◆ 颁发项目证书

香港港安医院和国际健康促进协会将联合为参加活动的学生颁发项目证书。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。



## 擬定專家團簡介



**Rachel Yeung 杨栋名**

香港港安医院行政副院长，主理医院营运方面的工作。于1998年加入港安医院，曾任香港港安医院市场拓展部副主管、常务部主管、市场拓展副院长等等。不仅对医院各部门的运作了解深入而透彻，而且对开发医疗计划和业务经验丰富。



**James Wu 胡子辉**

香港港安医院副院长，美国健康养生医学学会的会员，国际公共卫生及公共健康行政管理双硕士、美国密西根州安得烈大学哲学博士。美国健康养生医学学会会员。专长于健康生活，养生医学，公共卫生及医院行政的实践、推广及研究。



**Dr. Albert Tsai 蔡源森**

美国芝加哥大学医学博士、美国妇产科学委员会委员、香港产科学委员会、香港港安医院预防医学顾问。



**Aaron Liu 廖建华**

香港港安医院及荃湾港安医院健康生活促进中心总监。曾任国际组织ICPA的北亚太地区总监，中国健康促进与教育协会顾问委员，中国健康教育协会理事等。



**Alan Siu 萧钰麟**

注册营养师(美国)、营养学学士，工商管理硕士，香港港安医院健康生活促进中心经理，世界卫生组织健康促进医院统筹专员(香港)。



**Dr. George Yang 杨丕祥**

机械人手术系统(外科)医务主管、外科专科医生。现任香港癌气学会会长、亚太癌气医学学会执行委员以及香港微创外科学会秘书长。

## 行程安排

|                                 | 第一天<br>(星期四) | 第二天<br>(星期五)                                | 第三天<br>(星期六)             | 第四天<br>(星期日)                                           | 第五天<br>(星期一)                                | 第六天<br>(星期二) |
|---------------------------------|--------------|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|
| 07:00<br>-<br>08:30             | 赴港行程         | 健康早餐                                        | 健康早餐                     | 健康早餐                                                   | 健康早餐                                        | 健康早餐         |
| 08:30<br>-<br>12:00             |              | 香港港安医院介绍《养生医学》《HPH健康促进医院》专家讲座               | 美国心脏协会BLS课程学习(自选项目)或自由活动 | 电讯盈科介绍及参观(移动健康管理典范企业,介绍并体验e体健云端可穿戴式设备)                 | 香港科技大学参观游览                                  | 自由活动         |
| 12:00<br>-<br>13:00             |              | 健康午餐                                        | 午餐                       | 午餐                                                     | 健康午餐                                        |              |
| 13:00<br>-<br>18:00             |              | 参观香港港安医院特色科室: 门诊中心、产科中心、癌症中心、心脏中心、数码导航刀治疗室等 | 自由活动                     | 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) | 结业报告<br>-小组分组报告<br>-专家团点评<br>-颁发结业证书<br>-合影 | 离港返程         |
| 18:00<br>-<br>19:00             | 健康晚餐         | 健康晚餐                                        | 晚餐                       | 健康晚餐                                                   |                                             |              |
| 19:00<br>-<br>21:00             | 欢迎仪式<br>办理入住 | 提交《养生医学发展策略报告》                              | 浏览星光大道、维多利亚港             | 提交《项目心得体会报告》                                           | 文化生活体验:<br>寻找独具香港文化底蕴的美食                    |              |
| 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 |              |                                             |                          |                                                        |                                             |              |

## 項目證書



暑期香港医疗公益项目证书

## BLS證書

| HEALTHCARE PROVIDER                                                                                                                                                                                                                                                     |  | HEALTHCARE PROVIDER                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
| This card certifies that the above individual has successfully completed the cognitive and skills evaluations in accordance with the curriculum of the American Heart Association BLS for Healthcare Providers (CPR and AED) Program.<br><b>July 2015</b><br>Issue Date |  | <b>July 2017</b><br>Recommended Renewal Date                                      |  |
| Training Center Name: HKSPMC Training Center                                                                                                                                                                                                                            |  | ID #                                                                              |  |
| TC Info: Hong Kong Society of Professional Medical Care                                                                                                                                                                                                                 |  | City, State ZIP Phone                                                             |  |
| Course Location: Unit 2-3, 8 <sup>th</sup> Floor, Ocean Building, 80 Shanghai Street, Tsim Sha Tsui, Kowloon, Hong Kong                                                                                                                                                 |  | Instructor Name: Davis Poon                                                       |  |
| Holder's Signature                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Inst. ID #                                                                        |  |
| © 2011 American Heart Association Tampering with this card will alter its appearance. 90-1802                                                                                                                                                                           |  |                                                                                   |  |

美国心脏协会基本生命支援术施救者(医护人员)证书  
 (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: 2015年10月1日(星期四)-10月6日(星期二)

项目要求: 优秀在校医学生, 临床、护理、健康管理、预防医学等专业

## 項目費用

- 本公益项目, 我方补贴费用包含: 讲师课酬、医疗机构参观费、教室及设备使用费、学习交流费、教材费、项目证书费等。
- 费用包含: 旅港期间行程内的住宿/餐饮(部分)/交通费、项目申请费用。

| 序号             | 服务内容                                                                                          | 费用(RMB) |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1              | 旅港期间行程内的住宿/餐饮/交通费<br>①住宿费, 香港三育书院四人间宿舍; ②餐饮费, D1晚餐、D2早中晚餐、D3早餐、D4早晚餐、D5早中晚餐、D6早餐。③交通费, D1-D6。 | 3,300元  |
| 2              | 项目申请费用                                                                                        | 680元    |
| 合计项目费用: 3,980元 |                                                                                               |         |

- 自费包含: 往返香港交通费用(国际健康促进协会安排订购团队票)、美国心脏协会BLS自选课程费800元人民币、香港境内6天旅游意外保险(保险金额20万人民币)100元人民币、往来港澳通行证“团队旅游L”送关费100元人民币、行程外费用等。

## 項目剪影



2014年暑期香港醫療交流  
團香港港安醫院前留影

2015年暑期香港  
醫療公益項目香  
港三育書院留影

2015年寒假香港  
醫療交流團荃灣  
港安醫院前留影

2014年暑期  
香港醫療交  
流團三育學  
院內部留影

## 項目剪影



2015年暑期香港医疗公益项目香港港安医院学习留影

2015年暑期香港医疗公益项目香港港安医院肿瘤中心科室参观留影

2015年暑期香港医疗公益项目香港港安医院康复中心参观留影

2015年暑期香港医疗公益项目香港港安医院肿瘤中心科室参观留影

## 項目剪影



2015年寒假香港  
醫療交流團香港  
博愛醫院(公立)  
留影

2015年暑期醫療  
公益項目健康促  
進企業電訊盈科  
產品體驗

2015年暑期香港  
醫療公益項目  
BLS課程留影

2015年暑期香港  
醫療公益項目小  
組報告討論留影

2015年寒假香港  
醫療交流團星光  
大道留影

## 项目剪影



2015年暑期香港医疗公益项目  
香港医学博物馆前留影

2014年暑期香港安医院多元体验交流项目参观知名私人诊所

2014年暑期香港安医院多元体验交流项目参观健康促进企业

2014年暑期香港医疗交流团香港医学博物馆内部参观



## 項目剪影



2015年暑期香港医疗公益  
项目参观香港大学留影

2015年暑期香港医  
疗公益项目参观香  
港科技大学留影

2015年暑期香港医  
疗公益项目参观香  
港中文大学留影

2015年暑期  
香港医疗公  
益项目参观  
香港城市大  
学留影

## 心得體會分享

### 心得体会一

在香港就医，得到的不仅是身体上的治愈更是精神上的安慰。医生、护士，他们在执行冰冷的程序之时，怀揣着的心却是火热的。医学人文精神的理念层是尊重人，而其实践层是人文关怀。体现的是对人的生命、思想的关爱和尊重，对人的生命质量、幸福的关注。我仍然记得港安诊所那位护士的话：病人不希望你把他当作病人，而来体检的更不希望你以病人的眼光来看待，因为他们并不觉得自己是病人。我们化妆是为了给病人带来愉悦感，让他们忘记他们生病的痛苦，使得他们更轻松。小小的细节之中，满满的都是医护人员的人文关怀。

### 心得体会二

这个项目带给我们最有价值的是能和香港本地的医护人员进行面对面的交流，我们可以向他们询问关于香港医疗制度、医患关系等作为一个准医生最关心的问题，而这些都是在大陆学习中无法实现的。对医生来说都在各国进行交流学习的机会或许很多，但身为一个医学生身边这样的机会屈指可数。所以这或许是这个项目最吸引人的地方。

### 心得体会三

让我印象最深刻的是参观博爱医院的消毒供应中心。虽然在上课的时候老师有过相应简短的介绍，但是寥寥的照片和相对枯燥的表达并不是让人印象深刻。但是在参观的过程中，现实的人员操作，还有详尽专业的解释介绍，让我能很好的将书本与实际相结合并记忆深刻。

特色饮食把没有肉的菜做成有肉的味道，最好吃的就是香菇，青菜没盐没味精，红枣桂圆冬瓜汤又甜又闲哦，真的是像行程安排上说的健康饮食 😊



评论(3) | 转发 | 赞(8) | 收藏 | ...

时间过的好快，已经第二天是...结束了，今天的收获挺大的，人类的健康不止是医学一门学科可以涵盖的，而且无论对待哪种疾病都要有整体的意识才可以。打破局限的思维，格局才会更大！  
有了先进的技术和仪器，相信我们未来的医学会大有进步。还有，今天听完了那位教授全英文的讲课，发现。。。回去了好好学 展开全文



评论(6) | 转发 | 赞(30) | 收藏 | ...

医生，医院都很不一样吧。大家一起努力啦。



评论(22) | 转发 | 取消赞(74) | 收藏 | ...

## 心得體會分享

I ❤️ HK 潜移默化影响。



评论(5) 转发 赞(52) 收藏 ...

上传3张照片到相册：手机相册

一開始我以為素食是純粹以宗教為背景的……後來才發現那才是人類健康的根源。  
擁抱素食，擁有健康。😊



评论(4) 转发 赞(18) 收藏 ...

这里注重的是整合医疗！教会患者健康生活方式。与中国大陆的医院不同，这里除了行政、医务、财务副院长外，还有一个“健康生活与院牧副院长”！！负责全院员工和病人的饮食和生活……

照片中有



评论(2) 转发 赞(13) 收藏 ...

看着宝宝们热情奋战 我突然明白了 我们是来游“学”的……不过很赞 赞赞一起嗨  
@Miss 乖 @JING @Daisy @呀！土豆 @阳光下的泡沫 @懿旨 @高学欢  
Garrett @· 警然如故~



评论(5) 转发(1) 赞(26) 收藏 ...

学习心得报告剪影……站在讲台上，小小的紧张……😊



拍摄于 8月6日下午 香港港安医院 多云

评论(6) 转发 赞(39) 收藏 ...

健康生活促进中心顾问医生蔡源森博士谈养生医学与全面照顾的重要性……

照片中有



评论(3) 转发 赞(20) 收藏 ...

## 國際健康促進協會

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

（排名不分先后）

### 签署合作协议单位

|              |
|--------------|
| 港安医院（香港及荃湾）  |
| 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 |

# 项目报名表

## Project Registration Form

申請人編號  
Candidate No. \_\_\_\_\_

|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| 申請項目名稱<br>Title of the Program<br>Applied For |  |
|-----------------------------------------------|--|

### A 部 Section A

|                                                                                                                  |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 個人資料 Personal Particulars                                                                                        |                                 |
| 姓名<br>Name _____<br>(中文Chinese)                                                                                  | _____ (英文English)               |
| 出生日期<br>Date of Birth _____<br>(日DD / 月MM / 年YY)                                                                 |                                 |
| 身份證號碼<br>Identity Card Number _____                                                                              | 性別<br>Sex _____                 |
| 你是否接受国际健康促进协会時間調配<br>Will you accept schedule arrangement Yes 是 <input type="radio"/> No 否 <input type="radio"/> |                                 |
| 聯絡電話/流動電話<br>Contact telephone number/ mobile phone _____                                                        | 電郵地址<br>E-mail address _____    |
| 地址<br>Address _____                                                                                              |                                 |
| 監護人姓名<br>Guardian Name _____                                                                                     | 監護人電話<br>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 |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                        |

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| 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 |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                             |

\* 請刪去不適用者  
Please delete where inapplicable

### B部 (可選擇是否填寫) Section B (Optional)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>你是否殘疾人士 Are you a candidate with a disability? <input type="radio"/> Yes 是 <input type="radio"/> No 否</p> <p>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<br/>If yes, please indicate nature and degree of disability to facilitate arrangement of examination/interview</p> <p>_____</p> <p>(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請交流項目, 會獲優先考慮聘用。<br/>申請人或須提交醫生證明書, 以證明他為殘疾人士。)<br/>(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.)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 program organizer reserves the right to change the time and place of program meetings and to change the program tutor 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 Warning 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醫院的項目安排。

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).

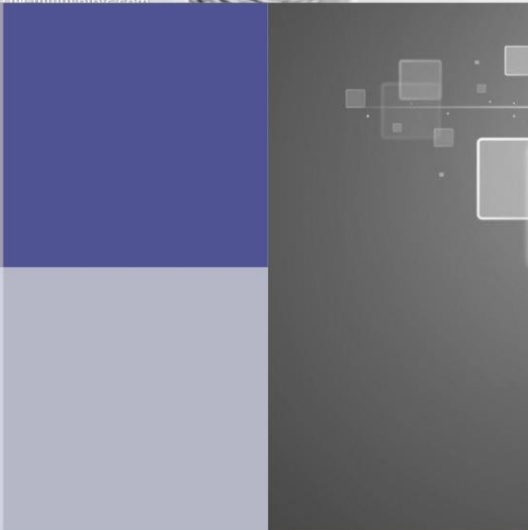
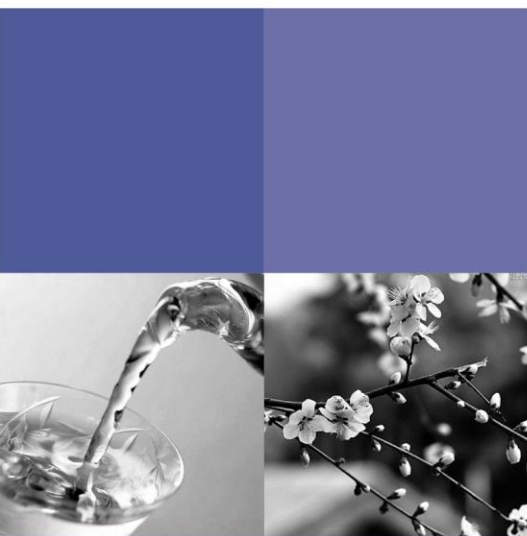
本人明白並同意，上述資料會送交獲授權處理項目的部門/機構，以便進行與招聘有關的事宜（例如學歷評審、體格檢查、操守審查及索取僱主推薦書等）。

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](mailto: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