



財團法人厚生基金會 函

機關地址：100 台北市紹興北街 5 號 9 樓

電話：02-23975270 #62851 王瑋瑩

傳真：02-23975203

受文者：如正本受文者

速別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國一〇五年三月一日

發文字號：(一〇五)厚基字第 007 號

附件：第 26 屆醫療奉獻獎選拔辦法、報名推薦表格、海報

主旨：檢送「中華民國第 26 屆醫療奉獻獎選拔暨表揚活動」推薦資料，茲請 貴單位惠予協助宣傳，並推舉優良醫事人員參加選拔，請查照。

說明：

- 一、為肯定並鼓勵獻身醫界不計辛勞之醫事人員，濟世救人的崇高精神與胸懷，本會與衛生福利部、立法院厚生會、聯合報系、TVBS 無線衛星電視台、國際厚生數位科技(股)公司、台北市政府等，合作舉辦醫療奉獻獎選拔活動，普獲社會關注與肯定，今年度「中華民國第 26 屆醫療奉獻獎選拔暨表揚活動」，邀請 貴單位協助宣傳並踴躍推薦。
- 二、函送本屆活動之選拔辦法、推薦表格、海報等資料，歡迎各界踴躍推薦報名。

董事長 詹火生

正本：全國各醫藥衛生相關學會、協會、機構團體、醫療院所

收文

2016-03-10



第 26 屆醫療奉獻獎甄審辦法

一、活動宗旨：

為鼓勵長期恪守基層、醫療資源缺乏地區及特殊醫療工作崗位單位的醫療從業人員，默默從事醫療服務、奉獻人羣的行止，特舉辦本表揚活動，以彰顯醫療衛生人員典範，發揚醫療大愛。

二、指導單位：衛生福利部

主辦單位：立法院厚生會、聯合報系

協辦單位：TVBS 無線衛星電視台

國際厚生數位科技(股)公司

承辦單位：財團法人厚生基金會

三、獎項類別與甄審辦法：

本活動旨在樹立醫療從業人員典範，籲請社會大眾一起來舉薦周遭合乎本獎項選拔標準的醫療從業人員，以代表國人向其致敬！故本選拔活動以推薦從寬、甄審從嚴為原則：

1. 凡在基層、醫療資源匱乏地區或從事特殊醫療衛生、衛生福利工作十年以上之個人或團體，皆符合醫療奉獻獎推薦資格。
2. 凡於醫藥衛生領域有具體貢獻事蹟者，即符合特殊貢獻獎推薦資格。

以上歡迎由服務單位、機關團體或兩名推薦人具名推薦。推薦表格由主辦單位提供或傳真、網路下載，書明推薦理由及具體事實，在活動推薦期限內，送交本選拔活動評審委員會即可。

推薦人選經評審委員會初、複審及訪查後，於 2016 年 9~10 月公布當年入選名單，並舉行公開頒獎表揚典禮。

本活動獎項類別和名額如下：

1. 特殊貢獻獎：乙名，除接受公開推薦外，並得由評審委員會舉薦合適人選，獲出席委員多數通過者為得主。
2. 團體奉獻獎：乙名。
3. 個人奉獻獎：至多八名。

四、活動日期：

受理推薦日期：即日起至 2016 年 5 月 31 日止。

(郵寄以郵戳為憑，傳真以收件日為準)。

推薦表格備索：推薦候選人表格由各衛生單位、醫事團體及醫院提供，並可透過相關網站下載；或洽「中華民國第 26 屆醫療奉獻獎」籌備委員會索取。

連絡方式：

台北市中正區 10049 紹興北街 5 號 9 樓 財團法人厚生基金會 收

電話：(02) 2397-5270 分機 62851 傳真：(02) 2397-5203

聯絡人：王瑋瑩小姐

網址：www.hwe.org.tw

中華民國第 26 屆醫療奉獻獎推薦表

參選類別：特殊貢獻獎 個人醫療奉獻獎

參選人性名		英文姓名		請自行粘貼 二吋照片 於空白處
身份證字號 (護照號碼)		性別	國籍	
出生年月日		血型	出生地	
服務單位名稱			<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 民國__年退休	
服務資歷	自民國__年至(民國__年,迄今)共計__年			
服務單位地址			電話	
通訊地址			電話	
戶籍地址			電話	
電子信箱			行動電話	
主 要 學 歷				
學	校	科	系	畢(肄)業日期
1				
2				
3				
主 要 經 歷				
服 務 機 關 團 體	職	稱	單 位	
1				
2				
3				
主 要 得 獎 記 錄				
服 務 機 關 團 體	職	稱	獎 別	
1				
2				

家庭狀況			
稱謂	姓名	就學或服務單位	年級或職謂
推薦理由及傑出貢獻事蹟			
1			
2			
3			
4			
5			

推薦人	單位		負責人	
	姓名		職稱	簽章
	通訊處			電話
	服務地址			電話
推薦人	單位		負責人	
	姓名		職稱	簽章
	通訊處			電話
	服務地址			電話

注意事項	
一、推薦參選人以一位為原則，超出者不予受理。	
二、推薦人姓名部份，請推薦人(兩人)親自簽名，以團體為名推薦者請具負責人或主管姓名。	
三、請繳交參選人二吋半身脫帽照片三張。	
四、請繳交 <u>身份證影印本</u> 或 <u>中華民國護照(正本)影印本</u> 乙份及 <u>學歷證明影印本</u> 乙份。	
五、為便利評審委員會審查，請確實填寫參選類別，並以中文打字或正楷填寫。表格如不敷使用，請另行填寫，並請勿以膠裝方式裝訂。	

中華民國第 26 屆醫療奉獻獎 團體醫療奉獻獎報名表

報名單位：	負責人：
聯絡人姓名：	電話：
地址：	電子信箱：

成立歷史：

立案時間：	立案單位：
立案號碼：	團體屬性：
經費來源：	
宗旨：	

成立歷史簡述：

成立歷史簡述：

服 務 事 項	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

具體工作內容	
--------	--

1	
2	
3	

特殊功績	
------	--

1	
2	
3	

近年來服務事蹟	
---------	--

1	
2	
3	

未來服務計劃：

主要得獎記錄	
--------	--

時 間	獎 別

注 意 事 項	
---------	--

- 一、請提供服務照片（或工作照片）及文字相關資料。
- 二、立案等項目請附相關證名文件影印本乙份。
- 三、報名書面資料請勿以膠裝方式裝訂。