

## 第十九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、奉獻人群的行止，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。

敬請 院部

### 二、指導單位：行政院衛生署

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

敬呈 張副院長

張之光 院長

AP-3-10

黃主任

e-leamp@hwa.gov.tw

黃祥生 教研部主任

乙轉寄相關單位

### 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. 凡醫療關懷人群及社會，有具體貢獻事蹟者，符合特殊貢獻獎推薦資格。

敬呈 院長：

蘇志中 院長

3/12

敬請 院部

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，於九十八年五月中旬公布當年入選名單，並於五月底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2009年3月13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，並可透過主、協辦單位相關網站下載；或洽「中華民國第十九屆醫療奉獻獎」籌備委員會索取。

請洽：

台北市中正區10049紹興北街5號8樓 厚生基金會 收

電話：(02) 2397-5270 分機 67 傳真：(02) 2397-5203

聯絡人：厚生基金會執行秘書 呂婉玉

網址：[www.hwe.org.tw](http://www.hwe.org.tw) 或 [www.24drs.com](http://www.24drs.com)

## 中華民國第十九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<br>二吋照片<br>於空白處 |
| 身份證字號<br>(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<br><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 |                       |
| <b>主 要 學 歷</b>     |  |      |      |                       |
| 學                  | 校  | 科    | 系    | 畢(肄)業日期               |
| 1                  |  |      |      |                       |
| 2                  |  |      |      |                       |
| 3                  |  |      |      |                       |
| <b>主 要 經 歷</b>     |  |      |      |                       |
| 服 務 機 關 團 體        | 職 稱  |      | 單 位  |                       |
| 1                  |  |      |      |                       |
| 2                  |  |      |      |                       |
| 3                  |  |      |      |                       |
| <b>主 要 得 獎 記 錄</b> |  |      |      |                       |
| 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<br>薦<br>人 | 單 位     |  |     | 負 責 人 |     |
|             | 姓 名     |  | 職 稱 |       | 簽 章 |
|             | 通 訊 處   |  |     |       | 電 話 |
|             | 服 務 地 址 |  |     |       | 電 話 |
| 推<br>薦<br>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五張。
- 四、請繳交身份證影印本或中華民國護照(正本)影印本乙份及學歷證明影印本乙份。
- 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。

中華民國第十九屆醫療奉獻獎 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

| 服 務 事 項 |  |
|---------|--|
| 1       |  |
| 2       |  |
| 3       |  |
| 4       |  |
| 5       |  |

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。