

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：洪郁涵

電話：(02)2752-7286#121

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：yuhan327@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國103年4月24日

發文字號：全醫聯字第1030000611號

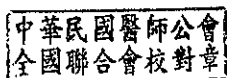
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：轉知「第二十四屆醫療奉獻獎甄審活動」即日起至103年6月6日止受理推薦報名，請逕向該活動評審委員會踴躍推薦，詳如附件，請 查照。

正本：各縣市醫師公會  
副本：



## 理事長 蘇清泉

彰化縣醫師公會	
收文日期	103. 4. 28
收文字號	彰醫字第 542 號
第1頁 共1頁	

如  
張 4/28  
擬公布網站  
張 4/28

董培郁

裝

訂

線

## 第 24 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。

### 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 2014 年 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 2014 年 6 月 6 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 24 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 8 樓 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](http://www.hwe.org.tw)

中華民國第24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
1			畢(肄)業日期
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 24 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：
---------

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。