

雲林縣中醫師公會 函

會址：斗六市雲林路2段211號6樓之10.11

電話：(05)5354088

傳真：(05)5332336

E-mail：ylcm@seed.net.tw

聯絡人：江佩容

受文者：本會會員

發文日期：中華民國 106 年 3 月 15 日

發文字號：(106)雲縣中醫邦字第 054 號

速別：

密等及解密條件：

附件：乙件

主 旨：函轉財團法人厚生基金會，檢送「中華民國第 27 屆醫療奉
獻獎選拔暨表揚活動」推薦資料，詳附件，請 查照。

說 明：依據財團法人厚生基金會 106 年 3 月 1 日(106)厚基字第 011
號函辦理。

理事長黃上邦

106年3月7日
收字第 087 號



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： 中華民國一〇六年 三月 一日

發文字號： (一〇六)厚基字第 011 號

附件： 第27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27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27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

第 27 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，皆符合個人醫療奉獻獎推薦資格。
2. 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團體，皆符合團體醫療奉獻獎推薦資格。
為突顯服務團隊特色，本獎項不再接受以醫療院所為報名單位，每個地區的醫療院所皆在地方上肩負之職責與使命，其重要性無庸置疑，意義已超越本獎項表揚對象之範疇。
例：可以「○○醫院○○團隊」、「○○醫院○○醫療團」、「○○醫院○○小組」等名稱報名；不接受「○○醫院」報名。本獎項表揚對象為該醫院中從事基層、醫療資源匱乏地區或從事特殊醫療衛生、衛生福利工作之團體，而非醫院整體，敬請於報名時留意。
3. 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 2017 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 2017 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 27 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 27 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。 三、報名書面資料請勿以膠裝方式裝訂。 |

中華民國第 27 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，並請勿以膠裝方式裝訂。