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

裝

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。

訂

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。

線

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有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

參選人姓名		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				□在職中 □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)影印本乙份及學歷証明影印本乙份。

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。