

# 中華民國醫師公會全國聯合會

## 台灣醫療典範獎推薦表格

受推薦人姓名		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		
出生年月日		出生地		
執業院所名稱			執業科別	
通訊地址			電話	
電子信箱			行動電話	
<b>學 歷</b>				
學 校	科 系	畢 業 日 期		
<b>經 歷</b>				
服 務 機 關 名 稱		職 稱		
1				
2				
3				
4				
5				
<b>受 獎 資 格</b>				
年資	項 目	<input type="checkbox"/> 服務 <input type="checkbox"/> 教學 <input type="checkbox"/> 研究 <input type="checkbox"/> 國際		

\*提醒事項：依辦法第三條第二項：曾獲「台灣醫療貢獻獎」者3年內不得再參選台灣醫療典範獎。

## 推薦理由及傑出貢獻事蹟

## 得 獎 紀 錄

1	
2	
3	
4	
5	

推 薦 團 體	團 體 名 稱		簽 章	
	負 責 人 姓 名			
	地 址		電 話	

推 薦 人  (1)	姓 名		推 薦 人  (2)	姓 名	
	服 務 單 位			服 務 單 位	
	職 稱			職 稱	
	地 址			地 址	
	電 話			電 話	
	簽 章			簽 章	

### 注 意 事 項

- 一、依辦法第三條第二項：曾獲「台灣醫療貢獻獎」者3年內不得再參選台灣醫療典範獎。
- 二、以個人名義推薦者，需2名以上本會會員親自簽名推薦(請填寫推薦人(1)、(2)欄位)，以團體為名推薦者請由負責人簽章(請填寫推薦團體欄位)。
- 三、本表格請以中文打字，除紙本寄出外並附上報名表電子檔(word 格式)，下列附件僅附掃描電子檔即可：身份證或中華民國護照及學歷證明、得獎紀錄證明各乙份，請於推薦期限內寄至 advanced@mail.tma.tw 並來電確認(02-27527286#113 賴國安)，謝謝。