慈濟醫療法人傑出醫學系校友遴選辦法

1. 活動宗旨：

為表揚畢業於慈濟大學醫學系對國家社會、醫學相關領域具有傑出貢獻之優良校友，特訂定本辦法。

1. 主辦單位：佛教慈濟醫療財團法人。
2. 參加辦法及收件方式：請參閱附件(或至官網 <https://reurl.cc/mqeAaA>)下載推薦表。

（一）E-mail：推薦表請簽名後掃描寄件至[tcmfaa@tzuchi.com.tw](file:///C:\Users\hp\AppData\Local\Temp\notesBAAA25\tcmfaa@tzuchi.com.tw) (或notes:法人學術發展 室)，主旨請註明：傑出醫學系校友推薦表。寄件完成後，學術發展室會回覆寄件完成確認。

（二）郵寄：於報名截止日前（以郵戳為憑）逕以掛號郵寄或送達至佛教慈濟醫療財團法人學術發展室（970花蓮市中央路三段707號 協力樓8樓836室），信封請註明：傑出醫學系校友推薦表。

1. 推薦方式：
2. 凡為慈濟大學醫學系校友：

1.由本系專任教師推薦

2.系友3人以上連署推薦

3.被推薦人之服務機關推薦。

（二）推薦人應於期限內將推薦表寄(送)達學術發展室，並檢附被推薦人各方面成就之具體事實及相關佐證資料（證明文件或照片）。

1. 受理推薦時間：即日起至110年7月30日（五）中午12:00止。

六、獎勵名額及獎勵方式：。

（一）得獎人1名，頒發獎牌乙面。

（二）必要時得從缺。

七、得獎名單揭曉及頒獎日期：

推薦人選經遴選委員會評選後，於110年9月公佈得獎名單，並請大愛台採訪當選者製作5-10分鐘的介紹短片，於2021慈濟醫學年會舉行頒獎典禮。

八、本辦法經核定後實施，如有未盡事宜，得隨時修訂補充。

連絡方式：

970花蓮市中央路三段707號（協力樓8樓836室）

佛教慈濟醫療財團法人 學術發展室 收

電話：03-8561825 分機15813 黃小姐

**慈濟醫療法人傑出醫學系校友推薦表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **校友姓名** |  | | **英文姓名** | |  | | |
| **身份證字號**  **（護照號碼）** |  | | **性別** |  | **國籍** | |  |
| **出生年月日** |  | | | | **出生地** | |  |
| **通訊地址** |  | | | | **電話** |  | |
| **電子信箱** |  | | | | **手機** |  | |
| **服務單位名稱** |  | | | | **電話** |  | |
| **畢業院** |  | **畢業系/所** |  | | **畢業年度** | |  |
| **優 秀 事 蹟** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **推 薦 理 由** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **推薦團體** | 團體名稱 |  | | | 簽章  (請親簽) |  | |
| 負責人 |  | | |
| 通訊處 |  | | | 電話 |  | |
| **推薦人** | 服務單位 |  | | | 簽章  (請親簽) | |  |
| 姓名 |  | 職稱 |  |
| 通訊處 |  | | | 電話 | |  |
| **推薦人** | 服務單位 |  | | | 簽章  (請親簽) | |  |
| 姓名 |  | 職稱 |  |
| 通訊處 |  | | | 電話 | |  |
| **推薦人** | 服務單位 |  | | | 簽章  (請親簽) | |  |
| 姓名 |  | 職稱 |  |
| 通訊處 |  | | | 電話 | |  |
| **被 推 薦 人 同 意 聲 明** | | | | | | | |
| 本人＿＿＿＿同意＿＿＿＿＿（推薦人姓名或推薦團體）推薦本人參加**110年度慈濟醫療法人優良校友獎**甄選。  被推薦人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿  日期：＿＿年＿＿月＿＿日 | | | | | | | |
| **注 意 事 項** | | | | | | | |
| 1. 推薦參選人以一位為原則，超出者不予受理。 2. 以團體為推薦人(單位推薦)，簽章處請負責人或主管親自簽名。 | | | | | | | |