慈濟醫療典範遴選辦法

1. 活動宗旨：  
   慈濟以「人傷我痛，人苦我悲」的精神，提供人本醫療與照護，為鼓勵及表揚盡心盡力於醫學研究、醫療服務、衛生保健之醫師、護理人員、非醫護人員（包括醫事、行政及醫療志工等），特訂定本辦法，藉以奠定醫療典範，發揚醫療大愛。
2. 主辦單位：佛教慈濟醫療財團法人。
3. 參加辦法及收件方式：請參閱附件(或至官網 <https://reurl.cc/L09qoe>)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\notesAF3A78\tcmfaa@tzuchi.com.tw) (或notes:法人學術發展室)，主旨註明：慈濟醫療典範推薦表。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：慈濟醫療典範推薦表。

四、遴選類別：

（一）慈濟醫療志業體之醫師。

（二）慈濟醫療志業體之護理人員。

（三）慈濟醫療志業體之非醫護人員（包括醫事、行政及醫療志工等）。

五、推薦方式：

（一）慈濟醫療志業體服務滿10年（含）以上之醫師於醫療領域中的臨床、教學、研究及人文方面有卓越貢獻堪為年輕醫師楷模、慈濟醫療典範，由志業體同仁2人以上連署推薦或志業體單位推薦。

（二）慈濟醫療志業體服務滿10年（含）以上之護理、非醫護人員（包括醫事、行政及醫療志工等），於醫療服務中對專業領域（臨床、公衛、行政、教育）、研發設計、服務等積極奉獻，具慈濟醫療人文堪為慈濟醫療典範，由志業體同仁2人以上連署推薦或志業體單位推薦。

（三）推薦人應於期限內將推薦表送達學術發展室，並檢附被推薦人醫療奉獻之具體事實及相關佐證資料（證明文件或照片）。

六、受理推薦期間：即日起至110年7月30日（五）中午12：00止

七、遴選方式：

(一) 由醫療財團法人聘請基金會及四大志業體執行長等5至7人組成遴選委員會。

(二) 遴選委員會委員如被推薦為當年度候選人，應予迴避。

1. 獎勵名額及獎勵方式：

(一) 各類得獎人以1名為原則，每名頒發獎牌乙面。

(二) 必要時，得從缺或增加名額。

九、得獎名單揭曉及頒獎方式：

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

十、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

**慈濟醫療典範推薦表**

**□醫師　□護理人員 □非醫護人員**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **參選人姓名** | |  | | | | **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** | |  | | | | | | | | | **□在職 □民國 年退休** | | | | | |
| **總服務資歷** | | **自民國 年至 年（或迄今），總計 年** | | | | | | | | | | | | | | |
| **主 要 學 歷** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學　 　　　　　　　　校 | | | | | 科　　　　　 　系 | | | | | 學　位 | | | | 畢（肄）業年月 | | |
| **1** |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **2** |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **3** |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **工　　作 經 歷** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服　務　機　關　團　體 | | | | 單　　　 位 | | | 職　　　稱 | | | | | 服務起迄年月 | | | | 服務年資 |
| **1** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| **2** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| **3** |  | | |  | | |  | | | | |  | | | |  |
| **得 獎 紀 錄** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服　務　機　關　團　體 | | | 得　獎　年　月 | | | | | | 獎 項 | | | | | | | |
| **1** |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **2** |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **3** |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **4** |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **5** |  | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| **醫　　療　　奉　　獻　　事 蹟** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| **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年度慈濟醫療典範獎**遴選。  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。 3. 總服務資歷是指從業以來服務年資的總和。 | | | | | | |