慈濟醫療法人優秀年輕醫師遴選辦法

1. 活動宗旨：

為鼓勵新進年輕臨床醫師從事臨床、教學、研究的付出與努力，特舉辦本表揚活動。

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/zbmLbp>)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：優秀年輕醫生推薦表。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：優秀年輕醫師推薦表。

四、推薦方式：

（一）從事醫療服務滿3年以上10年以下之慈濟志業體醫師，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，由志業體同仁2人以上連署推薦或志業體單位推薦。

（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）。

五、受理推薦時間：即日起至110年6月30日（三）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分鐘的介紹影片，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

**慈濟醫療法人優秀年輕醫師推薦表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | 單　　　　　　 位 | | | | | 職 稱 | | | | | |
| **1** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **2** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **3** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **4** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **5** |  | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **具 體 事 蹟**  **(致力於醫療領域中的臨床、教學、研究方面之具體成就)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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年度慈濟醫療法人最優秀年輕醫師獎**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。 3. 總服務資歷是指從業以來服務年資的總和。 | | | | | | | |