第四屆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、研究的付出與努力及對於社會服務有優秀貢獻，特舉辦本表揚活動。

1. 主辦單位：佛教慈濟醫療財團法人學術發展室。
2. 報名辦法（擇一）：

請參閱以下附件，或至本室官網查看活動詳情（https://reurl.cc/Ll7qz7）。

（一）E-mail：推薦表請簽名後，掃瞄並email至報名專用信箱([tcyalin77@gmail.com](mailto:tcyalin77@gmail.com))。

（二）郵寄或親送： 於報名截止日前（以郵戳為憑）掛號郵寄或親送至本室（970花蓮市  
中央路三段707號 協力樓8樓836室吳珞瑀小姐收 03-8561825#15813）。  
信件主旨請註明：**優秀年輕醫師推薦表**；寄件完成後，本室將於3個工作日內審核完，並回覆您「報名完成通知信」。

1. 報名資格與推薦方式：
2. **每一推薦團體(推薦人)，限提名一位候選人。**

（二）從事醫療服務滿3年以上10年以下（不含住院醫師年資）之慈濟志業體主治醫師，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。

（三）推薦人應於期限內將推薦表送達本室，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**2024年10月31日（四）**截止。
2. 遴選方式：

(一) 由醫療財團法人組成遴選委員會評選。

(二) 遴選委員會委員如被推薦為當年度候選人，應予迴避。

1. 獎勵名額與方式：

(一) 得獎人以1名為原則，每名頒發獎座乙座。

(二) 必要時，得從缺或增加名額。

1. 得獎公告及頒獎：

推薦人選經遴選委員會評選後，於**2025年1月**公佈得獎名單，並請大愛台採訪當選者  
製作 1分鐘的介紹影片，於**3月9日**在**花蓮慈濟大學演藝廳**舉辦頒獎典禮(慈濟醫學年會)。

1. 本辦法經核定後實施，如有未盡事宜，得隨時修訂補充。
2. 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

電話：03-8561825 分機15813 吳珞瑀小姐

**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** | |  | | | | | | | | | | |
| **主治醫師年資** | | **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** |  | |  | | | |  | | | | | |
| **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** |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  |  |
| **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**2025年慈濟醫療法人優秀年輕醫師**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。 | | | | | | |