第五屆慈濟醫療典範遴選辦法

1. 活動宗旨：  
   表揚全心投入醫學研究、醫療服務、衛生保健的醫師、護理、醫事、  
   行政人員及醫療志工，發揚慈濟「人傷我痛，人苦我悲」的醫療人文精神。
2. 主辦單位：佛教慈濟醫療財團法人學術發展室。
3. 報名方式（擇一）：
4. E-mail：請將推薦表簽名後掃描，寄至 [tcyalin77@gmail.com](mailto:tcyalin77@gmail.com)
5. 郵寄/親送：於截止日前（以郵戳為憑）郵寄或親送至：

970花蓮市中央路三段707號學術發展室（836室）吳珞瑀小姐收

1. 信件標題：請註明「**慈濟醫療典範推薦表**」
2. 報名確認：主辦單位將於收件後三個工作日內回覆報名確認信
3. 遴選類別：
4. 慈濟醫療志業體之**醫師**
5. 慈濟醫療志業體之**護理人員**。
6. 慈濟醫療志業體之**醫事人員**、**行政人員**及**醫療志工**。
7. 報名資格與推薦方式：
8. **每一推薦團體（推薦人），各類別限推薦一位候選人。**
9. 服務於慈濟醫療志業體滿10年以上之**醫師**，於臨床、教學、研究或人文有卓越貢獻，堪為楷模，由志業體同仁2人以上連署或志業體單位推薦。
10. 服務於慈濟醫療志業體滿10年以上之**護理**、**醫事**、**行政人員**及**醫療志工**，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。
11. 推薦人須於期限內送交推薦表，並附上具體事蹟及相關佐證資料（如證明文件、照片）。
12. 報名期間：即日起至**2025年10月31日（五）**截止。
13. 遴選方式：由主辦單位組成遴選委員會評選，委員如為候選人應予迴避。
14. 獎勵名額與方式：各類原則錄取1名，頒發獎座乙座；得從缺或增額。
15. 得獎公告及頒獎：

得獎名單將於**2026年1月**公布於活動官網、Notes佈告欄（Email僅通知得獎者），並由大愛台專訪；頒獎典禮訂於**2026年3月8日（日）**花蓮慈濟大學演藝廳（慈濟醫學年會）。

1. 其他說明：本辦法經核定後實施，未盡事宜得隨時修訂。
2. 連絡方式：

970花蓮市中央路三段707號（協力樓8樓836室）學術發展室

電話：03-8561825 分機15813 吳珞瑀小姐

**慈濟醫療典範推薦表**

**□醫師 □護理人員 □醫事人員、行政人員、醫療志工**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | |  | | | | |  |  | |
| **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** |  | |  | |  | |  | | |  |
| **得 獎 紀 錄** | | | | | | | | | | |
| 服　務　機　關　團　體 | | | 得　獎　年　月 | | | | | 獎 項 | | |
| **1** |  | |  | | | | |  | | |
| **2** |  | |  | | | | |  | | |
| **醫　　療　　奉　　獻　　事 蹟** | | | | | | | | | | |
| **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**2026年慈濟醫療典範獎**遴選。  被推薦人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿  日期：＿＿年＿＿月＿＿日 | | | | | | |
| **注 意 事 項** | | | | | | |
| 1. 每一類別限推薦一位候選人，超出者不予受理。 2. 以團體為推薦人（單位推薦），簽章處須請負責人或主管親簽。 3. 總服務資歷指於慈濟醫療志業從業以來的累計年資總和。 | | | | | | |