第五屆慈濟大學傑出校友遴選辦法

1. 活動宗旨：表彰畢業於慈濟大學之優秀校友，在專業領域具有傑出成就者，特訂定本遴選辦法，以資鼓勵。
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「**慈濟大學傑出校友推薦表**」
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. 連選類別：
4. 慈濟大學**醫學系（含學士後中醫學系）**畢業校友
5. 慈濟大學**護理系**畢業校友
6. 推薦資格與方式：
7. **每一推薦團體（推薦人），限推薦一位候選人。**
8. 凡畢業於慈濟大學醫學系（含學士後中醫學系）、護理系之校友，  
   具備學術、臨床、服務或其他傑出事蹟，皆可參加。
9. 推薦方式（擇一）：

1.由慈濟大學醫學系（含後中醫學系）、護理系專任教師推薦

2.由同系校友3人以上連署推薦

3.由被推薦人現任服務單位推薦

1. 請檢附推薦表及相關佐證資料（如證明文件、照片等）。
2. 報名期間：即日起至**2025年10月31日（五）**截止。
3. 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。
4. 獎勵名額與方式：原則上各系：醫學系（含學士後中醫學系）、護理系各錄取1名，頒發獎座乙座；得從缺或增額。
5. 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

**慈濟大學傑出校友推薦表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | |
| **畢業校/系** | **□醫學系 □後中醫 □護理系** | | | **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**2026年慈濟大學傑出校友**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簽。 | | | | | | |