第五屆慈濟優秀年輕醫師遴選辦法

1. 活動宗旨：

為鼓勵年輕臨床醫師於臨床、教學、研究及社會服務的投入與貢獻，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）：

（一） E-mail：請將推薦表簽名後掃描，寄至 tcyalin77@gmail.com

（二） 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

（三） 信件標題：請註明「**優秀年輕醫師推薦表**」

（四） 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

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。**
3. 慈濟志業體主治醫師，主治年資滿3年以上、10年以下（不含住院醫師年資），於臨床、教學、研究或人文等領域有卓越貢獻，由志業體同仁2人以上連署或單位推薦。
4. 推薦人須於期限內送交推薦表，並附具體事蹟與相關佐證資料
（如證明文件、照片）。
5. 報名期間：即日起至**2025年10月31日（五）**截止。
6. 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。
7. 獎勵名額與方式：原則錄取1名，頒發獎座乙座；得從缺或增額。
8. 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）。
9. 其他說明：本辦法經核定後實施，未盡事宜得隨時修訂。
10. 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** |  |  |  |  |
| **工　　作 經 歷** |
| 服　務　機　關　團　體 | 單　　　 位　　　 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** |  |  |  |
| **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**2026年慈濟優秀年輕醫師**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。
 |