

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫療典範獎推薦表格

受推薦人姓名		英文姓名		請自行粘貼 二吋照片 於空白處
身份證字號 (護照號碼)		性 別		
出生年月日		出生地		
執業院所名稱			執業科別	
通訊地址			電話	
電子信箱			行動電話	
學 歷				
學 校	科 系		畢 業 日 期	
經 歷				
服 務 機 關 名 稱			職 稱	
1				
2				
3				
4				
5				
受 獎 資 格				
年資		項 目	☐ 服務 ☐ 教學 ☐ 研究 ☐ 國際	

推薦理由及傑出貢獻事蹟

得 獎 紀 錄	
1	
2	
3	
4	
5	

推 薦 團 體	團 體 名 稱		簽 章		
	負 責 人 姓 名				
	地 址		電 話		
推 薦 人 (1)	姓 名		推 薦 人 (2)	姓 名	
	服 務 單 位			服 務 單 位	
	職 稱			職 稱	
	地 址			地 址	
	電 話			電 話	
	簽 章			簽 章	

注 意 事 項
一、以個人名義推薦者，需 2 名以上本會會員親自簽名推薦(請填寫推薦人(1)、(2)欄位)，以團體為名推薦者請由負責人簽章(請填寫推薦團體欄位)。 二、本表格請以中文打字，除紙本寄出外並附上電子檔，下列附件僅附掃描電子檔即可： <u>身份證或中華民國護照及學歷證明</u>、<u>得獎紀錄證明</u>各乙份，請於推荐期限內寄至 sky1752@tma.tw 並來電確認(02-27527286#170 何逸帆)，謝謝。