

正 本

宜蘭縣政府衛生局 函

地址：26051宜蘭縣宜蘭市女中路二段
287號

承辦人：何淑遠

電話：03-9322634分機1219

電子郵件：shuyuan@mail.e-land.gov.
tw

260

宜蘭市女中路三段102號6樓

受文者：宜蘭縣藥師公會

發文日期：中華民國103年10月21日

發文字號：衛醫字第1030025276號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二

主旨：檢送嘉義市「桃城杏林奉獻獎」選拔暨表揚活動計畫，惠請協助轉知踴躍報名參選，請查照。

說明：

- 一、依據嘉義市政府衛生局103年10月15日嘉市衛醫字第1030502097號函辦理。
- 二、檢附嘉義市「桃城杏林奉獻獎」選拔暨表揚活動推薦表及相關資料乙份。

正本：本縣醫事公會、醫院名單

副本：醫政科

局長劉建廷

醫政科科长游淑靜執行

本案依分層負責規定授權主管科長執行

自 身 圖 表

嘉義市「桃城杏林奉獻獎」選拔暨表揚活動計畫

- 一、目的：為鼓勵長年辛勞、無私奉獻、用心守護民眾，特舉辦「桃城杏林奉獻獎」選拔暨表揚活動，以鼓勵醫療人員無私大愛之精神。
- 二、指導單位：嘉義市政府
- 三、主辦單位：嘉義市政府衛生局
- 四、受理推薦日期：自本表揚活動公布日起至 103 年 10 月 23 日止(以郵戳為憑)。
- 五、推薦資格：曾任職嘉義市醫事相關機構(含醫事團體公會)或設籍嘉義市，積極推動公共衛生、提升醫療品質或具特殊貢獻之醫事人員或團體。
- 六、獎項類別：
 - (一) 團體奉獻獎：1~3 組
 - (二) 個人奉獻獎：至多 8 名
- 七、推薦方式：可由服務單位、醫事機關團體(含公會)或 2 名推薦人具名推薦，符合者填寫推薦表並檢附證明文件，於期限內送嘉義市政府衛生局辦理。
- 八、推薦人選業經評選委員審查通過者，103 年 11 月上旬公布名單，並舉行公開頒獎表揚典禮。
- 九、檢附「桃城杏林奉獻獎」推薦表 1 份。
- 十、聯絡方式：嘉義市政府衛生局醫政科 郭香每小姐
聯絡地點：嘉義市德明路 1 號
聯絡電話：05-2338042

嘉義市「桃城杏林奉獻獎」推薦表

參選類別： 團體奉獻獎 個人奉獻獎

參選人名 (或團體)				請自行粘貼 二吋照片 於空白處
身分證字號 (護照號碼)		性別	國籍	
出生年月日	民國 年 月 日		出生地	
服務單位名稱	<input type="checkbox"/> 在職中 <input type="checkbox"/> 民國 年退休			
服務資歷	自民國 年至(民國 年,迄今)共計 年			
服務單位地址				電話
通訊地址				電話
戶籍地址				電話
電子信箱				行動電話
主 要 學 歷				
學	校	科	系	畢(肄)業日期
1				
2				
3				
主 要 經 歷				
服 務 機 關 團 體	職 稱		單 位	
1				
2				
3				
主 要 得 獎 記 錄				
服 務 機 關 團 體	職 稱		獎 別	
1				
2				

推薦理由及傑出貢獻事蹟	

推薦人	單位			負責人	
	姓名		職稱	簽章	
	通訊處			電話	
	服務地址			電話	
推薦人	單位			負責人	
	姓名		職稱	簽章	
	通訊處			電話	
	服務地址			電話	

注 意 事 項

- 一、推薦參選人以一位為原則，超出者不予受理。
- 二、推薦人姓名部份，請推薦人(兩人)親自簽名，以團體為名推薦者請具負責人或主管姓名。
- 三、請繳交參選人2吋半身脫帽照片2張。
- 四、請繳交身份證影印本或中華民國護照(正本)影印本1份及學歷證明影印本1份。
- 五、為便利評審委員會審查，請確實填寫參選類別，並以中文打字或正楷填寫。表格如不敷使用，請另行填寫。

