

新北市第 14 屆醫療公益獎推薦表 (個人組-醫師適用)

◎推薦類別：☐醫療貢獻 ☐醫療教育研究 (限勾選 1 項獎項)

被推薦人姓名		出生日期	
身分證字號		原住民身分	☐ 是 ☐ 否
聯絡電話		手機號碼	
E-mail			
通訊地址			
學歷			
學校名稱	科系	畢業日期	
現任職務			
服務機關	單位	職稱	服務起迄年月 服務年資
			年 月
			年 月
			年 月
經歷			
服務機關	單位	職稱	服務年資
			年 月
			年 月
			年 月
於新北市合計服務年資			年 月

推薦者為機關團體		
推薦機關全銜		推薦機關印信
推薦機關聯絡人		
機關聯絡人電話		
機關地址		
電子郵件		
推薦者為自然人 (務必由 2 人以上連署具名推薦)		
	推薦者 1	推薦者 2
姓名	(推薦者親簽)	(推薦者親簽)
身分證字號		
聯絡電話		
聯絡地址		
電子郵件		
注意事項： 一、 被推薦人以 1 表 1 位為原則，超出者不予受理。 二、 如推薦人為自然人，務必由 2 人以上連署具名推薦，如推薦人為機關團體，請填機關全銜並加蓋印信為憑(推薦機關或推薦人二擇一即可)。 三、 <u>推薦表請用印/親簽後於期限內上傳至雲端，並至線上表單依格式填報推薦理由及具體事蹟，逾期不予受理(二者缺一即不受理推薦)。</u> 四、 為便利評審委員會審查，內容以中文繕打。		

中 華 民 國 1 1 5 年 _____ 月 _____ 日