

新北市第 13 屆醫療公益獎推薦表
(個人組-其他醫事人員適用)

◎推薦類別：☐醫事服務貢獻 ☐醫事教育研究 (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	
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		
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、推薦表之紙本資料，請於期限內送達新北市政府衛生局，並完成線上表單填寫，逾期不予受理(二者缺一即不受理推薦)。
- 四、為便利評審委員會審查，內容以中文繕打。

中 華 民 國 1 1 4 年 _____月 _____日