

新北市第 13 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	
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