社團法臺中市醫師公會

青年醫師獎　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
身分證字號 (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		
6		

推 薦 理 由 及 傑 出 事 蹟

得　　獎　　紀　　錄	
1	
2	
3	
4	
5	

推薦者	院　所　名　稱		簽章	
	姓　名　/　職　稱			
	地　　址		電　話	
推薦者	院　所　名　稱		簽章	
	姓　名　/　職　稱			
	地　　址		電　話	
推薦者	院　所　名　稱		簽章	
	姓　名　/　職　稱			
	地　　址		電　話	

注　　意　　事　　項

一、以醫療院所為名推薦者請由負責人簽章。以基層醫師名義推薦者，請親自簽名推薦。
二、請繳交學歷証明影印本、得獎紀錄證明及相關學術研究及醫療服務文件或報導。
三、請以中文打字或正楷填寫。各欄位如不敷使用，請另行加入欄列登打或影印使用。

◎請郵寄至臺中市西區公益路 367 號 4F-1 或
e-mail 至公會信箱 tcdr40336741@gmail.com 黃鈴婷小姐 收。