**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。