**「善愛雲林～110年醫療奉獻獎」推薦表**

 **※參選類別：□醫療服務組 □防疫組 □預防保健組 □公共衛生組**

 **□特殊貢獻組 □團體貢獻組**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※被推薦人姓名(或團體)** |  | **※**出生日期 |  | 請黏貼2吋照片(背面請註明姓名) |
| **※身分證字號** |  | 性別 |  |
| **※聯絡電話** | (公)(宅) |
| **行動電話** |  | **傳真** |  |
| **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) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 經歷 |
| 服務機關 | 單位 | 職稱 | 服務年資 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **※推薦理由（請簡述或條列）** |
|  |
| **※推薦者** | (推薦人如為機關，此欄請填機關全銜) | **簽章** |  |
| **※身份證字號** | (推薦人如為機關，此欄不必填寫) |
| **※服務單位** |  |
| **※聯絡電話** |  |
| **聯絡地址** |  |
| **電子郵件** |  |
| **※推薦者** | (推薦人如為機關，此欄請填機關全銜) | **簽章** |  |
| **※身份證字號** | (推薦人如為機關，此欄不必填寫) |
| **※服務單位** |  |
| **※聯絡電話** |  |
| **聯絡地址** |  |
| **電子郵件** |  |
| **注意事項：**1. 被推薦人以1表1位為原則，超出者不予受理。
2. 如推薦人為自然人，請須由2人以上連署具名（需簽章）；如推薦人為衛生醫療相關醫事機構（含公會）請加蓋印信為憑。

二、請提供被推薦人2吋半身脫帽照片2張(背面請註明姓名)並黏貼於此表。三、**註記「※」為必填項目，並請針對推薦類別填寫具體事蹟或特殊貢獻**，其他欄位如有資料請盡量提供予評選小組參考。四、**請提供佐證資料（需含身份證影印本**、**學歷、照片等）。**五、為便利評選小組審查，請確實勾選**推薦類別**，內容以中文打字或正楷填寫。六、**各項欄位如不敷使用，請自行延伸增加**。 |