

# 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	
<b>學 歷</b>				
學 校	科	系	畢 業 日 期	
<b>經 歷</b>				
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、附件請繳交自傳、學經歷證明影印本、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。

◎請將紙本郵寄至臺中市西區公益路367號4F-1 並 e-mail Word 檔及完整 PDF 檔至公會信箱 tcdr40336741@gmail.com 黃鈴婷小姐 收。