

83083
高雄市鳳山區南華路171號11樓之2

羅玉婕



80708

高雄市三民區十全一路100號

處理日期
111/04/20

高雄醫學大學

君啟

郵件編號：704162-19-316449094

 財團法人厚生基金會 函

機關地址：10049 台北市紹興北街5號8樓

電話：(02)2397-5270

傳真：(02)2397-5203

受文者：如正本受文者

速別：普通

發文日期：中華民國111年04月20日

發文字號：(一一一)厚基字第017號

附件：「第三十二屆醫療奉獻獎訪查員訓練營」招募辦法

主旨：懇請 貴校惠予協助宣傳本會舉辦「第三十二屆醫療奉獻獎訪查員訓練營」，無任感荷。

說明：

壹、活動日期：民國111年06月25日(六)。

貳、活動地點：100 台北市中正區紹興北街5號9樓 厚生基金會會議室。

參、活動內容：(一) 第三十二屆醫療奉獻獎訪查員訓練營。

(二) 訪查員選拔。

肆、懇請 貴校再次協助公告周知，請欲參加者依報名文件填妥相關資料後，以 E-mail 方式郵寄至 morris0503@gmail.com 蔡先生進行報名，以完成報名手續，俾憑辦理後續事宜，無任感荷。

伍、檢附「第32屆醫療奉獻獎訪查員訓練營」招募辦法，詳附件一。

正本：全國大專院校

副本：本會秘書處

董事長 詹火生

第一頁，共三頁

第三十二屆 醫療奉獻獎 訪查員招募辦法

為樹立醫者典範，發揚優良醫療從業人員之精神及事蹟，由衛生福利部指導，立法院厚生會、聯合報系主辦，財團法人厚生基金會承辦，TVBS 無線衛星電視台、國際厚生數位科技共同舉辦之「中華民國第三十二屆醫療奉獻獎」，歡迎各界舉薦合乎本獎項選拔標準之醫療從業人員。另從即日起開始甄選醫療奉獻獎候選人訪查員，歡迎同學踴躍報名參加。

本活動即日起接受各大專院校及研究所在學學生，熱忱於採訪工作者報名參加。請以 E-mail 方式投遞您的履歷，經遴選審核後，將錄取 18 至 20 名學生接受訪查員訓練，結訓並通過測試者，將正式成為本屆醫療奉獻獎訪查員。

【條件說明】

學 歷 要 求：國內大專院校或研究所之在校學生。

科 系 限 制：凡對於採訪有熱誠及興趣者，皆可報名參加。

報 名 時 間：即日起至 111 年 06 月 17 日（五）17:30 截止。

通 知 時 間：經篩選入選者，將於 111 年 06 月 20 日（一）通知。

訪查員訓練時間：111 年 06 月 25 日（六）08:00- 13:00。

訪查員訓練地點：100 台北市中正區紹興北街 5 號 9 樓 厚生基金會會議室。

訪 查 時 間：111 年 06 月 25 日至 07 月 18 日，自行挑選 1 至 2 天。

報 名 方 式：填妥「第 32 屆醫療奉獻獎訪查員徵才履歷資料表」，以 E-mail 方式報名。

聯 絡 方 式：morris0503@gmail.com，蔡先生。

報名表下載網址：<https://reurl.cc/OA1pO3>

**第 32 屆 醫 療 奉 獻 獎 訪 查 員 徵 才
履 歷 資 料 表**

| | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------|
| 身 份 證 字 號 | | | | 請貼上大頭照電子檔！ 尺寸 3.5*4.5 |
| 姓 名 | | 英 文 姓 名 | | |
| 性 別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| 生 日 | 西元_____年_____月_____日 | | | |
| 兵 役 | <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 待役中 | | | |
| 婚 姻 狀 態 | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 | 聯 絡 電 話 : (市 話) _____ - _____ (手 機) _____ | | |
| 駕 照 | <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 職業車輛 | 身 體 狀 況 : <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 領有_____殘障手冊 | | |
| 教 育 程 度 | <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 (學 院) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 高中職以下 | | | |
| 職 業 名 稱 | 學校名稱 : _____ 科系名稱 : _____、_____年級 | | | |
| 聯 絡 地 址 | | | | |
| 電 子 信 箱 | | | | |
| 相 關 經 歷 (條 列 式 說 明) : | | | | |
| | | | | |
| 自 傳 : | | | | |
| | | | | |
| 專 長 : | | | | |
| | | | | |
| 若 您 順 利 錄 取 , 可 否 配 合 111 年 06 月 25 日 至 07 月 18 日 間 , 進 行 醫 療 奉 獻 獎 訪 查 工 作 ? <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不 確 定 | | | | |
| 請 問 您 是 從 何 種 管 道 得 知 本 次 活 動 資 訊 ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> 網 路 <input type="checkbox"/> 學 校 公 告 <input type="checkbox"/> 醫 療 奉 獻 獎 官 方 粉 絲 團 <input type="checkbox"/> 電 視 廣 告 <input type="checkbox"/> 師 長 推 薦 , 師 長 姓 名 : _____ | | | | |

※英文姓名請填好，為研習證明英文姓名之依據。

※填妥後，請 E-mail 至 morris0503@gmail.com 蔡先生收。

