

100013
台北市紹興北街5號9樓

財團法人厚生基金會 蔡長廷



807378

高雄市三民區十全一路100號

處理日期

113/03/12

高雄醫學大學 課外活動組

君啟

郵件編號：858501-19-336944290

 財團法人厚生基金會 函

機關地址：100013 台北市紹興北街5號9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113年03月12日

發文字號：(一一三)厚基字第008號

附件：「第三十四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「第三十四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113年06月29日（六）。

貳、活動地點：100013 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）第三十四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，請欲參加者至<https://reurl.cc/qrA2pR>下載報名文件後，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34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

第三十四屆 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「中華民國第三十四屆醫療奉獻獎」，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 113 年 06 月 21 日（二）17:30 截止。

通知時間：經篩選入選者，將於 113 年 06 月 24 日（一）通知。

訪查員訓練時間：113 年 06 月 29 日（六）08:30- 12:40。

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：113 年 07 月 06 日至 07 月 29 日，自行挑選 1 至 2 天。

報名方式：填妥「第 34 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/qrA2pR>

**第 34 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 113 年 07 月 06 日至 07 月 29 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。

