

附表

臺北市政府衛生局表揚績優藥事人員推薦表

受推薦人姓名				請自行粘貼 二吋照片 於空白處	
會籍號碼					
身分證字號					
出生年月日	年	月	日		性別
藥師(生)證書字號	<input type="checkbox"/> 藥字第		號		
	<input type="checkbox"/> 生字第		號		
目前執業機構名稱					
目前執業機構地址					
於本市執業年資 (須於本市執業5年以上)	1. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月 2. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月 3. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月 4. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月 5. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月 累計： 年 月				
同一機構連續執業年資 (須滿3年以上)	1. 執業機構名稱： 2. 自民國____年__月至____年__月，共計____年__月				
受推薦人通訊地址			電話		
			行動電話		
受推薦人電子信箱					
學 歷					
學 校 名 稱		科 系 所		畢 (肄) 業 日 期	
1					
2					
3					
4					

主 要 經 歷

	服務機構或團體名稱	職稱	職務	起迄日期
1				
2				
3				
4				
5				

推 薦 理 由 及 傑 出 事 蹟 (請 檢 附 佐 證 資 料)

1	對本市公共衛生、熱心公益或對衛生政策推動有具體成效
2	對藥學專業之興革、創新有重大貢獻
3	對突發事件之預防或處理得當，因而避免或減少可能之損害有具體事蹟
4	運用藥學專業知識或技能，對藥事照護及藥學教育工作有具體貢獻

5	對藥學教育、藥學研究、發明或專案業務改進有具體成效
6	積極參與本市社區藥事照護暨家庭藥師計畫，對推廣長期照顧業務有具體貢獻
7	其他特殊事蹟足為表率

推薦機構	名稱：(蓋章)
注 意 事 項	
<p>一、請繳交受推薦藥師二吋半身脫帽照片1張。</p> <p>二、請繳交受推薦藥師<u>身分證影印本</u>、<u>學歷證明影本</u>及<u>藥師證書正反面影本</u>各乙份。</p> <p>三、檢附之佐證資料文件影本需加蓋私章並書寫「與正本相符」字樣。</p> <p>四、評選結果於藥師節相關慶祝活動中公開表揚，未獲選之資料恕不退件。</p> <p>五、推薦機構欄，請務必核章，並將正本核章版本交送本局，以利證明。</p> <p>六、為便利評審委員會審查，請以中文打字或正楷填寫。</p> <p>七、表格如不敷使用，請另紙書寫。</p>	
衛生局 初核結果	