

附表

臺北市政府衛生局績優護理人員表揚推薦表

推薦機關名稱：_____

績優護理人員資訊			
姓名	身分證字號	職稱	聯絡電話（行動電話）
電子郵件			
護理師（士）證書字號	<input type="checkbox"/> 護理字第 _____ 號 <input type="checkbox"/> 護字第 _____ 號		
於推薦機關服務時間	_____ 年 _____ 月起迄今		
執業處所	執業執照字號	公會會員證號碼	
績優事蹟 精簡內容 (100-150 字)	(此欄字數超過 150 字即退件)		
推薦機關資訊			
聯絡人姓名	聯絡人職稱	聯絡人電話	推薦機關核章(關防)
衛生局 初核結果			

*此推薦表需繳交紙本正本。

臺北市政府衛生局績優護理人員績優事蹟

績優護理人員績優事蹟(字數不限)

*請將照片電子檔(1張,生活照、工作照皆可, JPEG 格式)、績優事蹟電子檔(1份, PDF 格式)及推薦表電子檔(PDF 及 WORD 格式)存放於光碟(前開電子檔請存於同一資料夾內,檔名一律採用「推薦單位_姓名」),連同推薦表正本寄至本局醫事管理科醫事品質股收(臺北市信義區市府路1號東南區1樓),逾期(以郵戳為憑)或格式未按前述規定將不予受理。