

臺北市政府衛生局第八屆績優藥事人員表揚推薦表

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	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	

20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	

推薦機構	名稱： (蓋章)
------	----------

注 意 事 項

- 一、請繳交受推薦藥師二吋半身脫帽照片五張。
- 二、請繳交受推薦藥師身分證影印本、學歷證明影本及藥師證書正反面影本各乙份。
- 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。
- 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。
- 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。
- 六、為便利評審委員會審查，請以中文打字或正楷填寫。
- 七、表格如不敷使用，請另紙書寫。

衛 生 局 初 核 結 果	
------------------	--

臺北市政府衛生局第八屆績優藥事人員表揚自評表

姓名：

表揚類別：社區藥局 醫院 診所 藥商

自評表(每一項目評分範圍：0~10分)

類別	評分項目		分數
1	1	對本市公共衛生有具體成效	
	2	對本市熱心公益有具體成效	
	3	對本市衛生政策推動有具體成效	
2	4	對藥學專業之興革有重大貢獻	
	5	對藥學專業之創新有重大貢獻	
3	6	對突發事件之預防得當，因而避免可能之損害有具體事蹟	
	7	對突發事件之處理得當，因而減少可能之損害有具體事蹟	
4	8	運用藥學專業知識或技能，對藥事照護有具體貢獻	
	9	運用藥學專業知識或技能，對藥學教育工作有具體貢獻	
5	10	對藥學教育改進有具體成效	
	11	對藥學研究改進有具體成效	
	12	對藥學發明改進有具體成效	
	13	對藥學專案業務改進有具體成效	
6	14	其他特殊事蹟足為表率	
			合計：
自評日期	年 月 日	藥師簽名	

自評表填寫說明：

- 1.請依各項目自我評分，每個項目可評0-10分。
- 2.評分完畢請將此自評表正本連同被推薦者資料整份文件，藥師執業於社區藥局、診所、藥商提交至臺北市藥師公會；藥師執業於醫院提交至臺北市政府衛生局。
- 3.本表僅供評選委員參考使用，不列入評選項目當中。