

國際醫療衛生促進協會

第四屆 國際醫療典範獎 甄審實施辦法

壹、依據

本活動旨在樹立國際醫療從業人員典範，為規範國際醫療典範獎之申請程序、評審作業、評審標準及獎勵方式等，特據此頒訂定本實施辦法。

貳、評獎目的

- 一、表彰卓越落實推動國際醫療服務之個人或團體。
- 二、樹立優質國際醫療服務典範，達成標竿學習效益。
- 三、持續醫療服務國際化工作，鼓勵創新服務與行動。

參、評獎類別及對象

秉持「推薦從寬、甄審從嚴」原則，籲請各界推薦或自薦合乎以下任一方面具卓越貢獻之個人或團隊報名參加。參獎對象包含以下四大領域：

- 一、國際醫療衛生奉獻
- 二、國際人道救助或醫療外交
- 三、國際醫療成效卓著並能彰顯醫療價值
- 四、國際醫療創新服務模式(定義：個人組—彰顯其經營領導能力與影響力；團體組—彰顯其機構營運管理價值創造)

肆、評獎範圍與獎額

個人報名或受推薦者，需為中華民國國民或海外僑胞檢具證明者；團體報名者，須以實際執行團隊或部門為單位報名，不以機構名稱報名。資格有爭議者將由評選委員會審定。參獎對象不限醫療機構，鼓勵各行各業個人或團體報名參加。

評獎過程包含初審及複審兩個階段，決選名額共取三至六名。特殊貢獻典範獎得頒一名，不分個人或團體，由評選委員會依據當屆報名情形定之。

為鼓勵長期經營有成之國際醫療及服務創新模式，本屆典範獎特別保障自評及獲得評審委員會一致同意符合參賽領域「四、國際醫療創新服務模式」之個人或團隊，於評選時分別可獲至少但限於一名之頒

獎名額。自評符合資格之個人或團隊可於報名申請書自行勾選，惟最終資格裁量權由評選委員會認定。

伍、獎勵方式

凡獲獎者將由國際醫療衛生促進協會頒發「國際醫療典範獎」獎座，邀請出席參加頒獎表揚典禮，安排個人或團隊專訪與邀請巡迴演講，訪談內容將收錄於大會紀念手冊。

陸、作業時程

作業項目	時程
各界推薦或自薦參獎 徵選資料收件	即日起至 108 年 03 月 15 日 (書面資料郵寄以郵戳為憑)
召開初審、複審及決選會議	108 年 04 月
通知得獎者及採訪	108 年 05 月
舉行頒獎典禮	108 年 05 月至 108 年 6 月
成果發表會巡迴分享	108 年 07 月至 108 年 12 月
※以上作業時程得視實際狀況由主辦單位予以調整	

柒、評獎作業

應備資料請提出「報名申請書」紙本 4 份及電子檔 1 份(E-mail至 tgha_imsa@tsric.com，參獎書面資料請滙送至國際醫療衛生促進協會國際醫療典範獎評選工作小組聯絡處(10455 臺北市中山區松江路 17 號 6 樓)，上開申請書除封面(底)外，其餘撰寫內頁以雙面印刷方式印製即可。個人或團體相關參獎資料表格參附件 1「報名申請書」。

捌、其他

- 一、獲頒「國際醫療典範獎」之個人或團體，應配合國際醫療衛生促進協會需要辦理公開發表其提升國際醫療奉獻典範行動，並配合辦理各項宣導活動（如撰稿、接受訪問或拍攝影片等）。
- 二、獲頒「國際醫療典範獎」之個人或團體，應繼續維持並提升其服務品質水準。若獲獎個人或團體於獲獎三年內服務形象有重大缺失，國際醫療衛生促進協會得要求其改善。如限期未改善，本會得追回其獎座。
- 三、參獎個人或團體須遵守著作財產權相關規定，包括參獎申請書及簡報資料等，不得侵害他人之智慧財產權，所提報之成果數據，應為真實，不得任意增減。若於參賽過程中，發現報名機關提供之參獎資料，有侵害他人權益或提報不確數據者，經查證屬實，

主辦單位有權取消其參獎資格；評獎結束後如發現上述情事，主管機關應負責追回獎座與取消獲獎，所有法律責任由報名機關自負，不得異議。

玖、國際醫療典範獎評選工作小組聯絡處

國際醫療衛生促進協會
國際醫療典範獎評選工作小組 收
10455 臺北市中山區松江路 17 號 6 樓
聯絡人：李啟仁先生、林軒辰先生
電話：02-25095279 #114、#112
傳真：02-25090852

第四屆 國際醫療典範獎 報名申請書

參獎者：

參獎類別：

個人 團體

自評符合「國際醫療創新服務模式」資格

(個人組—彰顯其經營領導能力與影響力／團體組—彰顯其機構營運管理價值創造)

參選資格（符合下列任一或複數條件者皆可申請）：

- 一、 國際醫療衛生奉獻
- 二、 國際人道救助或醫療外交
- 三、 國際醫療成效卓著並能彰顯醫療價值
- 四、 國際醫療創新服務模式

註：為鼓勵國際醫療及服務創新模式，特保障參賽領域「四、國際醫療創新服務模式」之個人或團隊，於評選時分別可獲至少但不限於一名之頒獎名額。自評符合資格之個人或團隊可於報名申請書自行勾選，惟最終資格裁量權由評選委員會認定。

中華民國 年 月 日

第四屆國際醫療典範獎報名申請書【個人】

中文姓名		英文姓名			請自行粘貼 二吋照片 於空白處
身份證字號 (護照號碼)		性 別		出生 年 月 日	
電子信箱				行動電話	
服務單位				年資	
服務單位地址				電話	
通訊地址				電話	
戶籍地址				電話	
主 要 學 歷					
學 校		科 系			畢 (肄) 業日期
1					
2					
3					
主 要 經 歷					
服務機關團體		職 稱			單 位
1					
2					
3					
主 要 得 獎 記 錄					
服務單位/職稱		授獎單位/獲頒獎項			時 間
1					
2					

參獎理由及傑出貢獻具體事蹟

--

推 薦 人	單位			負責人	
	姓名		職稱		簽章
	通訊處				電話
	服務地址				電話
推 薦 人	單位			負責人	
	姓名		職稱		簽章
	通訊處				電話
	服務地址				電話

相 關 注 意 事 項

- 一、 個人報名者，請繳交身份證(海外僑胞證明)影印本乙份及學歷證明影印本乙份。
- 二、 若有推薦者，以個人為名者，請推薦人親自簽名或電子簽章。
 推薦者以團體為名，請具負責人或主管親自簽名或電子簽章。
- 三、 請提供服務照片（或工作照片）及文字相關資料。
- 四、 本表格若不敷使用，請自行另頁書寫，篇幅不限。

第四屆國際醫療典範獎報名申請書【團體】

團體名稱：	負責人：
團隊成員：(成員姓名與職稱/共計： 人)	
聯絡人姓名：	電話：
地址：	電子信箱：
團體簡述： 包含團體成員運作架構、服務內容、特殊功績及近年來服務事蹟等	
未來國際醫療服務執行計畫：	

主要得獎記錄		
授獎單位/獲頒獎項	獲獎時任職單位/職稱	日期

推薦人	單位			負責人	
	姓名		職稱		簽章
	通訊處				電話
	服務地址				電話
推薦人	單位			負責人	
	姓名		職稱		簽章
	通訊處				電話
	服務地址				電話

相關注意事項					
一、 團體報名者，請繳交立案等相關證明文件乙份。					
二、 若有推薦者，以個人為名者，請推薦人親自簽名或電子簽章。 推薦者以團體為名，請具負責人或主管親自簽名或電子簽章。					
三、 請提供服務照片（或工作照片）及文字相關資料。					
四、 本表格若不敷使用，請自行另頁書寫，篇幅不限。					