

# 台灣麻醉專科護理學會優良麻醉專科護理師表揚辦法

111 年 7 月 10 日第十屆第 14 次理監事聯席會議制定  
112 年 9 月 10 日第十一屆第 2 次理監事聯席會議修訂  
113 年 9 月 1 日第十一屆第 8 次理監事聯席會議修訂

- 第一條 台灣麻醉專科護理學會（以下簡稱本會）為獎勵對促進麻醉專業發展表現優良之會員，特訂定優良麻醉專科護理師表揚辦法（以下簡稱本辦法）
- 第二條 一、資格：凡領有麻醉專科護理師證書，並連續繳交會費滿五年以上之活動會員，且受表揚當年須為活動會員。對麻醉護理相關之研究、教育、臨床照護、行政管理、品質提升、專業聲譽等方面有具體事實且有具體成效者。
- 二、表揚名額：伍名。
- 三、獎勵：每位優良麻醉專科護理師頒發獎狀乙幀、獎金伍仟元整。
- 第三條 推薦辦法：
- 一、由三位（含）以上本學會活動會員聯名推薦。
- 二、被推薦者應填具推薦表並檢附有關證明文件，推薦表格式如附件。
- 三、曾得獎者不得以相同事蹟重複推薦。
- 四、每屆每人僅推薦一位及一項類，同為候選人不做彼此的推薦人。
- 第四條 評選辦法
- 一、採電子化表單推薦方式，文件請依推薦表格式繕打，並加註會員證號碼。請依序整理要呈現的優良事蹟、得獎紀錄、獎別、獎狀、各類證照等照片掃描為電子檔，Mail至學會信箱：tanaroc@ms35.hinet.net信箱。
- 二、本項表揚由本會行政事務委員會進行初步審查，再提報理監事會決議。
- 三、審核通過之得獎人員，會後逕由秘書處統籌授獎事宜。
- 第五條 報名辦法
- 一、受理時間：請於每年 10 月 1 日起至 12 月 31 日 17:00 止（以mail時間為憑）逕送台灣麻醉專科護理學會收，逾期恕不受理。
- 二、洽詢電話：0960-073160。
- 三、請提供優良事蹟圖檔資料，相關文件請至本學會網站下載填寫。
- 第六條 其他
- 一、本辦法經本會理監事會議通過後實施，修正時亦同。
- 二、本辦法所需經費由本學會預算項下支應。
- 三、本辦法實際支用經費視本年度提報獎勵人數而定，俟提送名冊後另案辦理採購事宜。

## 個人資料提供同意書

1. 台灣麻醉專科護理學會於每年10月1日起至12月31日17:00止（以mail時間為憑）受理次年優良麻醉專科護理師獎報名。基於辦理本次活動及相關行政管理目的蒐集本人的個人資料，包括下列項目：姓名、電話、e-mail、服務機構及職稱等資料。
2. 對於本次優良麻醉專科護理師獎活動期間的個人資料使用，台灣麻醉專科護理學會將依個人資料保護法及相關法令，與各項業務範圍內進行處理及利用，包括登載於台灣麻醉專科護理學會網站及出版之刊物。
3. 本人同意，即日起至活動結束後一年內，台灣麻醉專科護理學會遵守個人資料保護法第20條之規定，在符合蒐集之特定目的下處理及利用個人資料。
4. 本人的個人資料於非優良麻醉專科護理師獎活動期間繼續儲存於台灣麻醉專科護理學會，除應本人之申請、台灣麻醉專科護理學會行政管理或公務機關依法執行事項外，台灣麻醉專科護理學會不得提供及利用本人之個人資料。
5. 本人就個人資料，依個人資料保護法，得行使以下權利：查詢或請求閱覽，請求製給複製品，請求補充或更正，請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
6. 本人理解若不提供個人資料，將影響活動業務辦理及後續相關服務。
7. 台灣麻醉專科護理學會應盡個人資料保護法保障個人資料安全之責任，非屬本同意書個人資料利用情形，應先徵得本人同意方得為之。

授權人簽名(親簽)： \_\_\_\_\_

日期：        年        月        日

# 推薦表

| 被 推 薦 人 資 料 |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
|-------------|--|-------------|--|---|---------|---|-------------------|-------------------|----|-----|----|------------------------|-----|--|
| 中文姓名        |  |             |  |   |         |   | 英文姓名              |                   |    |     |    | 最近六個月內<br>二吋<br>半身照片一張 |     |  |
| 身分證字號       |  |             |  |   |         |   | 性別                |                   |    |     | 國籍 |                        |     |  |
| 出生年月日       |  | 民<br>國      |  | 年 |         | 月 |                   | 日                 | 血型 |     |    |                        | 出生地 |  |
| e-mail      |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 通訊電話        |  |             |  |   |         |   | 手機號碼              |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 通訊住址        |  | 郵遞區號：       |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 服務機構名稱      |  |             |  |   |         |   | 機構電話              |                   |    |     |    | 職稱                     |     |  |
| 服務機構地址      |  | 郵遞區號：       |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 加入本會資料      |  | 入會日期        |  |   |         |   | 會員號               |                   |    |     |    | 累計年資                   |     |  |
| 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               |                   |    |     |    | 年 資                    |     |  |
| 1           |  |             |  |   |         |   |                   | 民國__年至__年，共__年__月 |    |     |    |                        |     |  |
| 2           |  |             |  |   |         |   |                   | 民國__年至__年，共__年__月 |    |     |    |                        |     |  |
| 3           |  |             |  |   |         |   |                   | 民國__年至__年，共__年__月 |    |     |    |                        |     |  |
| 4           |  |             |  |   |         |   |                   | 民國__年至__年，共__年__月 |    |     |    |                        |     |  |
|             |  |             |  |   |         |   | 合計服務年資：____年____月 |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 推 薦 人 員 資 料 |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 姓 名         |  | 活動會員<br>會員號 |  |   | 服 務 醫 院 |   |                   |                   |    | 職 務 |    |                        |     |  |
| 1           |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 2           |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |
| 3           |  |             |  |   |         |   |                   |                   |    |     |    |                        |     |  |



三、未來展望(含標點符號 500 字內)



#### 四、得獎紀錄

[illegible]

# 台灣麻醉專科護理學會 推薦人員推薦單

一、被推薦人(姓名)：

二、同意推薦項目(請勾選)

☐ 優良麻醉專科護理師

三、推薦人員資料

姓 名(請親自簽名)：

會 員 號(需活動會員)：

服 務 醫 院：

職 務：

與被推薦人關係：

連絡電話：

推薦日期：

四、推薦原因(簡述 100 字內)

五、備註：

1. 每屆每人僅推薦一位及一項類，同為候選人不做彼此的推薦人。
2. 請准予台灣麻醉專科護理學會，於必要時徵詢推薦人的推薦資料及內容。