****

**衛生福利部**

**精神復健機構評鑑**

**儲備評鑑委員推薦書**

**被推薦人(姓名)：**

**推薦單位：　台灣護理學會**（請寫單位全銜）

**填寫及繳交說明**

1. 衛生福利部（以下簡稱本部）委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）辦理儲備評鑑委員推薦作業，並依「精神復健機構評鑑委員遴聘要點」規劃執行。
2. 本推薦書建議以**電腦鍵入並依格式詳實繕打**，以確保資料正確；相關佐證資料證明文件請縮放至A4大小採黑白單面列印，以影本繳交。
3. **由推薦單位負責備審資料之初步檢核**，並依下列順序編排，以釘書機裝訂加蓋騎縫章。若資料尚未齊全請勿寄出，以維護申請人權益。  
   (1) 封面。  
   (2) 說明頁。  
   (3) 儲備評鑑委員被推薦人資料檢核表。  
   (4) 推薦書（含被推薦人基本資料、學歷資料、經歷資料）。  
   (5) 被推薦人聲明書/被推薦人現職服務機關同意書。  
   (6) 佐證資料（學歷資料、專業證照/證書、工作經歷），請依序排列。
4. **請於114年9月24日前將紙本資料以掛號郵寄至：（220）新北市板橋區三民路二段31號5樓（評鑑組\_精神照護機構評鑑委員制度工作小組），並將資料電子檔寄至email信箱（**[**Surveyor\_service@jct.org.tw**](mailto:Surveyor_service@jct.org.tw)**）**。
5. 推薦人若收到補件通知，應於收到通知後3日內完成補件，逾時不受理，未經衛生福利部核定者，恕不另行通知，有任何疑問請洽醫策會(02)8964-3000。

**推薦作業流程**

**衛生福利部**

**醫策會**

**推薦單位/被推薦人**

**函文通知推薦單位**

**辦理儲備評鑑委員推薦申請作業**

**配合辦理儲備評鑑委員人選申請作業**

**資格**

**審查**

**辦理補件作業**

**（通知3個工作日內）**

**行政審查結果及名單送部**

**核定儲備評鑑委員名單**

**通過**

**不通過**

**彙整書面資料函送醫策會，並以電子郵件方式提供資料電子檔**

**依據核定結果辦理儲備評鑑委員核心課程訓練（未核定者不另通知）**

**儲備評鑑委員被推薦人資料檢核表**

**台灣護理學會** 茲推薦 **(受推薦者姓名)** 納入**衛生福利部精神復健機構評鑑儲備評鑑委員人才庫**。下列資料業經本單位審查符合衛生福利部訂定「精神復健機構評鑑委員遴聘要點」之資格，並徵得當事人同意。

**填表說明：請於「黑粗框之欄位」確認檢附資料之正確性與完整性，並請於「推薦單位會銜章」欄為蓋上推薦單位會銜章。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **審查項目** | **初審**  **(推薦單位)** | **行政審查**  **(醫策會)** | **其他意見** |
| 推薦領域選單 | ⬜推薦領域已填  ⬜無複選 | ⬜ | 推薦領域⬜未填、⬜複選  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 被推薦人基本資料 | ⬜已完整填寫 | ⬜ | ⬜未完整填寫  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 被推薦人學歷資料  (檢附學歷證明影本) | ⬜已檢附學歷證明  ⬜符合「遴聘要點」規定 | ⬜ | ⬜未檢附學歷證明  ⬜檢附之資料不完整  ⬜學歷未達「遴聘要點」標準  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 專業證照/證書  (檢附影本) | ⬜已檢附證照/證書  ⬜符合「遴聘要點」規定 | ⬜ | ⬜未檢附證照/證書  ⬜檢附之資料不完整  ⬜與推薦領域別資格不符  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 工作經歷  (檢附在職證明) | ⬜已附佐證資料影本  ⬜符合「遴聘要點」規定 | ⬜ | ⬜未附佐證資料影本  ⬜影本資料未齊全  ⬜年資未達「遴聘要點」標準  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 被推薦人聲明書  (親筆簽名) | ⬜被推薦人已簽名 | ⬜ | ⬜被推薦人未簽名  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 被推薦人現職服務機關同意書(加蓋關防) | ⬜已加蓋關防 | ⬜ | ⬜未加蓋關防  ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **推薦單位（請加蓋會銜章）** | **醫策會審查人員** | **醫策會專案主管** |
| (台灣護理學會) |  |  |

**推薦書**

**表格1：推薦領域選單**

**填表說明：每位被推薦人只能勾選一類「推薦領域」。**

|  |  |
| --- | --- |
| **評鑑類別** | **推薦領域（擇一勾選，不得複選)** |
| 精神復健機構評鑑 | ⬜職能治療組 ⬜社會工作組 ⬜臨床心理組 ■護理組 ⬜醫師組 |

**表格2：被推薦人基本資料**

**填表說明：請以電腦登打資料，以確保資料清晰正確，除「\*」註記欄位，其餘欄位須必填。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **中文姓名** |  | **英文姓名(姓,名)** |  |
| **出生年月日** | 民國　　年　　月　　日 | **身分證字號** |  |
| **服務機關** |  | **部門** |  |
| **職稱** |  | ⬜已退休(已退休人員請填寫前服務單位)  ⬜擔任公職 | |
| **機構電話(請填區碼)** | (　　) | **住家電話(請填區碼)** | (　　) |
| **行動電話** |  | | |
| **E-Mail** | （主要） | | |
| （備用） | | |
| **機關地址(請填郵遞區號)** | ⬜⬜⬜-⬜⬜ | | |
| **住家地址(請填郵遞區號)** | ⬜⬜⬜-⬜⬜ | | |
| **\*秘書姓名** | 先生/小姐 | **\*秘書電話(請填區碼)** | (　　) |
| **\*秘書E-Mail** |  | | |
| **專長** | (1) | | |
| (2) | | |
| (3) | | |
| (4) | | |
| (5) | | |
| **備註** | 主要聯絡方式：⬜行動電話　⬜服務機關電話　⬜住家電話　⬜電子郵件  資料寄送地址：⬜服務機關　⬜住家 | | |

**表格3：被推薦人學歷資料**

填表說明：

1. 請以電腦登打資料，以確保資料清晰正確，此表**可自行向下增列**。
2. 請由最高學歷起，依序填列至學士學位。
3. 國外校名、科、系、所，無須翻譯為中文可直接填寫。雙主修請以「／」分開。
4. 修業期間請以**「民國」**年計，填至月份即可。若目前修業中，則「迄」毋須填寫。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **學位** | | | **修業狀態** | | | **修業期間** | **學歷證明影本** | **學校/系所/主修** | |
| **博士** | **碩士** | **學士** | **畢業** | **肄業** | **修業中** | **起**  **~**  **迄**  **(YYY/MM)** |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | /~/ | □ | **學校** |  |
| **科/系/所** |  |
| **主修** |  |

**表格4：被推薦人經歷資料**

填表說明：

1. 請以電腦鍵入資料，以確保資料清晰正確，表格可自行向下增列。
2. **專業證照/證書：請依推薦領域之委員資格填寫即可，並檢附所列之證照/證書影本。**
3. **工作經歷：**
4. **請依推薦領域之委員資格填寫，並檢附所列工作經歷之在職證明影本。**
5. **請依回溯方式（由現職起）填列**，任職期間請以**「民國」**年計，填至月份即可。若目前在職中，則「迄」毋須填寫。

* **專業證照/證書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **證照/證書名稱** | **字號** | **證照影本** |
| 1 |  |  | ⬜ |
| 2 |  |  | ⬜ |
| 3 |  |  | ⬜ |
| 4 |  |  | ⬜ |
| 5 |  |  | ⬜ |

* **工作經歷**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **服務機關全銜** | **部門** | **職稱** | **任職期間(起~迄)**  **YYY/MM~YYY/MM** | **在職證明**  **影本** |
| 1 |  |  |  | ~ | ⬜ |
| 2 |  |  |  | ~ | ⬜ |
| 3 |  |  |  | ~ | ⬜ |
| 4 |  |  |  | ~ | ⬜ |
| 5 |  |  |  | ~ | ⬜ |

|  |
| --- |
| **被推薦人聲明書**  本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意 **台灣護理學會** （推薦單位全銜）推薦本人擔任儲備評鑑委員，本人已確實瞭解並同意遵守「精神復健機構評鑑委員遴聘要點」相關規定，且申請資料所填列之學經歷相關內容經本人確認屬實，並授權財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會得逕據以向相關機關(構)查詢，俾利確認本人資格。  此致**社團法人台灣護理學會** (推薦單位全銜)  被推薦人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(親筆簽名)  日期：114年　　月　　日 |
|  |
| **被推薦人現職服務機關同意書**  　　茲　同意本(局/院/校)(服務單位或科室)(被推薦人姓名)(職稱)申請擔任精神復健機構評鑑儲備評鑑委員。  機關名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(現職服務機關全銜)  機關關防：  日期：114年　　月　　日 |