

台灣社區衛生護理學會(優良、資深)護理人員表揚實施要點

中華民國 109 年 10 月 19 日第六屆第四次理監事會議通過

一、目的

台灣社區衛生護理學會（以下簡稱本會）為樹立社區護理典範，激勵社區衛生工作者及教師之熱忱及士氣，進而提升社區護理專業品質，特訂定本要點。

二、表揚對象資格

1. **資深社區衛生護理人員**：凡連續繳交會費兩年以上之活動會員，護理執業滿 15 年以上，曾服務於社區護理（實務或教學），且由各社區護理機構或學術單位推薦人 2 人（含）以上，或活動會員 2 人（含）以上推薦，得獲選資深社區衛生護理人員獎。
2. **優良社區衛生護理人員**：凡連續繳交會費兩年以上之活動會員，且由各社區護理機構或學術單位推薦人 2 人（含）以上，或活動會員 2 人（含）以上推薦，並具有下列情形之一者，得參選優良社區衛生護理人員獎。
 - (1)對社區衛生專業服務有具體貢獻者。
 - (2)對社區衛生業務研究、發明、專案設計教學有具體成效者。
 - (3)領導推展社區衛生專業服務有顯著成效者。
 - (4)熱心公益或其他特殊事蹟足為表率者。

三、表揚名額：

1. **資深社區衛生護理人員**：不限額（以年資每 5 年為一級距計算表揚名額，從年資滿 15 年開始，依序表揚）。
2. **優良社區衛生護理人員**：經遴選後每年選取 3 名。

四、受理報名期限：每年另行通知（配合會員大會時程，公告後 1-2 個月內截止收件）。

五、受理方式：截稿日期視當年度舉辦情形，一律填寫網路報名表單，並將備審資料電郵至本會信 (twchna@gmail.com)。

六、檢附資料：

1. **資深社區衛生護理人員**：
 - (1)本會『資深社區護理人員推薦表』。
 - (2)教師證書或護理師證書正反面圖檔。
 - (3)服務/教學經歷與相關證明。
 - (4)會員證明。
2. **優良社區衛生護理人員**：
 - (1)本會『優良社區護理人員推薦表』。
 - (2)具體優良事蹟及佐證（最近五年內）。
 - (3)教師證書或護理師證書正反面圖檔。
 - (4)服務/教學經歷與相關證明。
 - (5)會員證明。

七、資格審查：

1. 資深社區衛生護理人員：由秘書處及會員委員會初審資料，經本會理監事會複審決議通過。
2. 優良社區衛生護理人員：由本會理監事會議推薦具客觀、公平之委員組五人評選小組（理事長與會員委員會主委為當然委員，另理事推薦 2 名、監事推薦 1 名），遴選及審查相關資料，經本會理監事會複審決議通過。

八、優良社區護理人員評選標準：

1. 實務面/教學面/研究面：社區臨床護理服務成果或五年內參加，或指導醫護類群相關競賽事蹟，或學術及文章發表，佔 60%。
2. 其他優良品蹟：40%。

九、表揚方式：

1. 本會公開表揚頒發每位優良及資深人員獎座乙座或獎狀乙紙。
2. 獲獎人須出席於會員大會受獎，頒獎活動現場以簡報介紹獲獎人。
3. 獲獎人資訊刊登於本會網站，以茲表彰。

十、每年度「優良護理人員」與「資深護理人員」擇一申請，獲本會表揚之優良人員，三年內不得再薦送表揚。

十一、本辦法經本會理監事會議通過後實施，修訂時亦同。

臺灣社區衛生護理學會 優良社區護理人員推薦表

姓名		會員編號		照片	
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身分證號碼		E-mail			
聯絡電話	(公) (宅/手機)				
聯絡地址					
現 職		職 稱		年 資	年 月
護理師證書字號					
學經歷簡介 (含校內外或是機構內外對社區護理實務/教學/研究之貢獻)					
具體優良事蹟 (最近五年內)					
2名機構推薦人或 2名會員推薦簽章	機構推薦人：	機構推薦人：	或	會員一： (請務必加註會員編號)	會員二： (請務必加註會員編號)
審查項目		得分		綜合審查意見	
1、實務面/教學面/研究面：60% 五年內有關社區臨床護理服務成果，如醫護類群相關競賽事蹟，或學術及文章發表等。					
2、其他優良事蹟：40%。					
審查結果 (總得分)					
審查委員 簽章		日期： 年 月 日	理事長核定	日期： 年 月 日	

填表說明：審核意見欄 (粗框部分) 請勿填寫。

臺灣社區衛生護理學會 資深社區護理人員推薦表

姓名		會員編號		照片	
出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
身分證號碼		E-mail			
聯絡電話	(公)	(宅/手機)			
聯絡地址					
現職或退休 前服務機構		服務職稱		年資	年 月
護理師證書字號					
學經歷簡介 (含校內外或是機構內外對社區護理實務/教學/研究之貢獻) 限 600 字					
2 名機構推 薦人或 2 名會員推 薦簽章	機構推薦人：	機構推薦人：	或	會員一： (請務必加註會員編號)	會員二： (請務必加註會員編號)
綜合審查意見					
審查委員 簽章		日期： 年 月 日	理事長核定	日期： 年 月 日	

填表說明：審核意見欄（粗框部分）請勿填寫。