正 本

檔　　號：
保存年限：

臺北市政府衛生局　函

地址：11008臺北市信義區市府路1號
承辦人：張雅淑
電話：1999(外縣市請撥02-27208889)轉7077
傳真：02-27205321
電子信箱：yashu109@health.gov.tw

10450
臺北市中山區長春路15號7樓

受文者：臺北市藥師公會

發文日期：中華民國106年10月23日
發文字號：北市衛食藥字第10648540400號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：第五屆績優藥事人員表揚計畫及推薦表

裝

主旨：檢送本局辦理「第五屆績優藥事人員表揚計畫」1份，請貴會協助辦理，並轉知所屬會員知悉，請查照。

說明：

一、依據臺北市績優藥事人員表揚要點辦理。

二、旨揭計畫預定表揚績優藥事人員25位，推薦書截止收件日期為106年11月10日（星期五），惠請貴會轉知所屬會員知悉，並依本計畫配合辦理。

訂

正本：臺北市藥師公會、台北市藥劑生公會
副本：

局長 黃世傑

本案依分層負責規定授權業務主管決行

線

臺北市政府衛生局第五屆績優藥事人員表揚計畫暨臺北市政府衛生局與澎湖縣政府衛生局家庭藥師計畫合作記者會

壹、緣起

為鼓勵長期堅守崗位，秉持藥學專業付出心力與智慧，為市民用藥安全把關之基層藥事人員，表揚其典範，發揚藥學精神，創造優質健康城市，並彰顯本市社區藥事照護暨家庭藥師計畫成效，推廣長期照顧普及其他縣市，特訂定本計畫。

貳、願景

藉由辦理績優藥事人員之表揚，鼓勵長期堅守崗位，付出心力為民眾用藥安全把關之基層藥事人員，建立優質用藥環境，保障市民健康。並使藥事照護深入社區、家庭及機構，引領全國邁向全人全方位藥事長照服務。

參、執行內容及方法

一、 函請臺北市藥師公會、台北市藥劑生公會、台北市西藥商業同業公會及各醫療院所提報推薦甄選之績優藥事人員。

二、 籌組「績優藥事人員評選委員會」並敦聘委員，協助績優藥事人員評選作業(預計於11月至12月，籌組委員會並進行評選)。

三、 評選方式說明：

(一) 資格條件：

凡在本市執業滿5年以上，於同一機構連續執業滿3年以上，最近3年內未獲本市績優藥事人員表揚，執業期間無違反藥師(事)法等相關規定，並具有表列事績之一者(包

含積極參與本市社區藥事照護暨家庭藥師計畫，對推廣長期照顧業務有具體貢獻者，詳如附件1），得經服務機構或所屬公會甄選推薦，列入評選。

（二） 推薦方式：

1. 執業場所登錄藥事人員9人以下(含9人)之機構，由各機構(服務單位)向其員工所屬執業公會(臺北市藥師公會或台北市藥劑生公會)推薦1人。
2. 執業場所登錄藥事人員10 人以上(含10人)之機構，由各機構(服務單位)向臺北市政府衛生局推薦1人。
3. 截止日期：機構(服務單位)應填妥推薦書(附件)，於106年11月10日（星期五）前，分別送交臺北市藥師公會、台北市藥劑生公會及本局。（郵寄以郵戳為憑，傳真以收件時間為準）
4. 推薦表格索取：可經由臺北市政府衛生局官網(http:// health.gov.taipei/)或相關公會網站(臺北市藥師公會網址：http://www.tpa.org.tw/、台北市藥劑生公會網址：http://www.pharmas.org.tw/verein/tapicy/)下載。

（三） 審查方式：

1. 初審：
   （1）由各藥事人員執業登錄之相關公會籌組審查委員會，就執業場所登錄藥事人員9人以下(含9人)機構，推薦之人選進行資格及專業事蹟初步審查，並將初審合格名單提報本局參加複審。
   （2）本局就執業場所登錄藥事人員10 人以上(含10

人)機構，推薦之人選，進行資格及專業事蹟初步審查，將初審合格名單報請局長核定並進入複審。

2. 複審名額：

（1）臺北市藥師公會提報不得超過40名。

（2）台北市藥劑生公會提報不得超過10名。

（3）本局提報之名額依局長核定初審合格名額定之。

3. 複審：

由本局組成評選委員會(設置召集人1人及府內評選委員4人，由局長指派局內人員擔任，另置府外評選委員4人，由局長就藥事專業團體代表或藥事專業人員中圈選後聘任)就各公會及本局提報之名單進行實質審查。

（四） 表揚名額：

評選核定表揚之績優藥事人員分四組，各組核定員額分別為：

1. 社區藥局績優藥事人員組12名。
2. 醫院績優藥事人員組9名。
3. 診所績優藥事人員組2名。
4. 藥商績優藥事人員組2名。

共計25名，並按公會會員人數比例分配名額(藥師約4,900人、藥生約700人)，台北市藥劑生公會會員至少保障3名，各組名額可流用至多2名。

（五） 表揚方式：

評選委員會評選後，於106年12月25日前公布核定名單，並預定於106年1月7日(星期日）藥師節慶祝大會中公開表揚。

附表

臺北市政府衛生局表揚績優藥事人員推薦表

受推薦人姓名				請自行粘貼二吋照片於空白處
會籍號碼				
身份證字號				
出生年月日	年　月　日	性別		
藥師（生）證書字號	□藥字第　　號 □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份證影印本、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	