**臺灣心臟胸腔暨血管麻醉醫學會**

**【心安優護獎-台灣優良心胸麻醉照護團隊】**

**報名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **團隊機構名稱** |  |
| **照護團隊名稱** |  | **成立日期** | **年 月 日** |
| **團隊聯絡人** |  |
| **通訊地址：**□□□E-mail: |
| **電話：（ ）****手機：（ ）** | **傳真：（ ）** |
| **成員姓名及相關資料** | **姓 名** | **職 稱** | **加入團隊日期** | **臨床年資** | **教學年資** | **簽 名** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **申請團隊請提供以下資料：****（1）、團隊成員角色齊全、團隊運作情形。****（2）、臨床照護貢獻及創新應用事蹟的詳細說明。****（3）、教育及推廣活動的記錄及成效展示。****（4）、團隊合作經驗及其對心胸麻醉效率提升的具體案例。****入圍團隊接獲通知後，請就以上資料內容準備一份10至12分鐘簡報檔（PowerPoint檔）提供審查，並得到場報告。** |
| **團隊成員角色齊全、團隊運作情形** |
|  |
| **臨床照護貢獻及創新應用事蹟** |
|  |
| **教育及推廣活動的記錄及成效展示** |
|  |
| **團隊合作經驗及其對AMI護理效率提升的具體案例** |
|  |
| **團隊負責人簽名** |  |
| **推 薦 人 簽 名（二名）****並請附上推薦函** |  |  |
| **團隊機構用章** |  |
| **以下請勿填寫** |
| **資格審查** | **□符合 □不符合** |
| **評審成績** |  | **評審委員簽名** |  |
| **評審意見** |  |