



香港中文大學
The Chinese University of Hong Kong



香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine
The Chinese University of Hong Kong

DISTINGUISHED MEDICAL ALUMNI AWARD 2020

傑出醫科校友獎

Nomination Form
提名表格

Deadline of Nomination
截止提名日期

15 | 5 | 2020

The nomination form must be completed in either Chinese or English 請用中文或英文填寫表格

A

Your Nominee's Personal Particulars 你所提名的候選人個人資料

Salutation 稱謂 Prof. 教授 / Dr. 醫生 / 博士 / Mr. 先生 / Mrs. 女士 / Ms. 女士 / Miss 小姐

Full Name 全名 Surname 姓氏 _____ Other Name 名字 _____ Chinese 中文 _____
(English 英文) (English 英文)

Contact No. 聯絡電話 Office 辦公室 _____ Mobile 手機 _____

Email Address 電郵地址 _____

Correspondence Address 通訊地址 _____

Graduation Year 畢業年份 _____

B

Reasons for Nomination 提名候選人原因

(Please tick only one box 請於適當空格內填上 ✓ 號。只可選一項)

Global Achievement 卓越成就 Humanitarian Service 人道服務 Cultural Accomplishment 文化建樹

Please give a summary in no more than 600 words for the reasons why the nominee should be considered as an Award recipient and submit this form together with relevant supporting documents deem appropriate.

請以不超過 600 字概述候選人應獲選為「傑出醫科校友獎」得獎者的原因。如有需要，請於遞交提名表格時附以相關的證明文件。

- If there is insufficient space, you may send in the nomination information on separate sheets of paper (within 2 pages in A4 size). 如表格的位置不敷應用，請另頁填寫有關資料（必須在兩頁 A4 紙內完成）。
- Please limit your submission of extra relevant documents or information which can support the nomination to within 10 pages. All submitted documents or information will not be returned. 所有與提名有關的其他文件或資料，不得多於 10 頁。所有提交的文件一概不予退還。

C

Nominator's Personal Particulars 提名人個人資料

Salutation 稱謂 Prof. 教授 / Dr. 醫生 / 博士 / Mr. 先生 / Mrs. 女士 / Ms. 女士 / Miss 小姐

Full Name 全名 Surname 姓氏 _____ Other Name 名字 _____ Chinese 中文 _____
(English 英文) (English 英文)

Contact No. 聯絡電話 Office 辦公室 _____ Mobile 手機 _____

Email Address 電郵地址 _____

Correspondence Address 通訊地址 _____

Company Name 公司名稱 _____ Position 職位 _____

Relationship with Nominee 與候選人的關係 _____

Affiliation with the CUHK Faculty of Medicine 與中大醫學院的關係

(Please tick the appropriate boxes. Can select more than one 請於適當空格內填上 ✓ 號。可選多於一項)

MBChB alumnus or a MBChB alumna of the CUHK Faculty of Medicine

中大醫學院內外全科醫學士畢業生

(Graduation Year 畢業年份 _____)

Current full-time teaching staff of the CUHK Faculty of Medicine 中大醫學院全職教職員

Name of School / Faculty / Department / Unit 任職學院 / 學系 / 部門 / 單位 _____

D

Information of Supporters 贊同人資料

The First Supporter 第一位贊同人

Salutation 稱謂 Prof. 教授 / Dr. 醫生 / 博士 / Mr. 先生 / Mrs. 女士 / Ms. 女士 / Miss 小姐

Full Name 全名 Surname 姓氏 _____ Other Name 名字 _____ Chinese 中文 _____
(English 英文) (English 英文)

Contact No. 聯絡電話 Office 辦公室 _____ Mobile 手機 _____

Email Address 電郵地址 _____

Correspondence Address 通訊地址 _____

Company Name 公司名稱 _____ Position 職位 _____

Relationship with Nominee 與候選人的關係 _____

Affiliation with the CUHK Faculty of Medicine 與中大醫學院的關係

(Please tick the appropriate boxes. Can select more than one 請於適當空格內填上 ✓ 號。可選多於一項)

MBChB alumnus or a MBChB alumna of the CUHK Faculty of Medicine

中大醫學院內外全科醫學士畢業生

(Graduation Year 畢業年份 _____)

Current full-time teaching staff of the CUHK Faculty of Medicine 中大醫學院全職教職員

Name of School / Faculty / Department / Unit 任職學院 / 學系 / 部門 / 單位 _____

Enquiries 查詢

Integrated Event Management (Medical Alumni Affairs)

Faculty and Planning Office, Faculty of Medicine, CUHK

香港中文大學醫學院院務及策劃處

綜合項目策劃 (校友事務)

☎ 3943 0691

✉ medical_alum@med.cuhk.edu.hk

The Second Supporter 第二位贊同人

Salutation 稱謂 Prof. 教授 / Dr. 醫生 / 博士 / Mr. 先生 / Mrs. 女士 / Ms. 女士 / Miss 小姐

Full Name 全名 Surname 姓氏 _____ Other Name 名字 _____ Chinese 中文 _____
(English 英文) (English 英文)

Contact No. 聯絡電話 Office 辦公室 _____ Mobile 手機 _____

Email Address 電郵地址 _____

Correspondence Address 通訊地址 _____

Company Name 公司名稱 _____ Position 職位 _____

Relationship with Nominee 與候選人的關係 _____

Affiliation with the CUHK Faculty of Medicine 與中大醫學院的關係

(Please tick the appropriate boxes. Can select more than one 請於適當空格內填上 ✓ 號。可選多於一項)

MBChB alumnus or a MBChB alumna of the CUHK Faculty of Medicine

中大醫學院內外全科醫學士畢業生

(Graduation Year 畢業年份 _____)

Current full-time teaching staff of the CUHK Faculty of Medicine 中大醫學院全職教職員

Name of School / Faculty / Department / Unit 任職學院 / 學系 / 部門 / 單位 _____

Nominator's Declaration 提名人名聲 (Please tick the appropriate boxes 請於適當空格內填上 ✓ 號)

I hereby confirm that the nomination has been seconded by the supporters.

本人謹此確認已獲得贊同人支持有關提名。

I understand that the information provided in this form and the submitted documents will be used by the CUHK Faculty of Medicine and the Selection Panel for the purpose of assessing the Award recipient.

本人明白在提名表格上所填報的資料及所附文件中的資料，只供中大醫學院及評審委員會作評審候選人之用。

I hereby declare that the information provided in this form and the submitted documents are accurate to the best of my knowledge.

本人謹此聲明，就本人所知，此提名表格內所填報的資料及所附文件中的資料，屬正確無誤。

I understand that the CUHK Faculty of Medicine reserves any right to contact the nominator and/or any relevant parties to verify the nomination and the submitted information.

本人明白中大醫學院就此提名將接觸提名人或／及有關機構，查詢提名及候選人的相關資料。

I agree to abide by the rules of the CUHK Distinguished Medical Alumni Award and the rules stipulated in this nomination form. I understand my nomination may be disqualified if any of the information provided in this nomination form is false or incomplete.

本人同意遵守香港中文大學「傑出醫科校友獎」的規則及此表格內所列的規定，並明白假如本人的提名表格所提供的資料失實或不全，我的提名將可被作廢。

Signature of Nominator 提名人簽署

Date 日期

Important Notes 注意事項

- Please read the information leaflet and notes before completing the nomination form. Details are available at the website of the CUHK Faculty of Medicine.
填寫本表格前，請參閱獎項單張及提名表格中的有關細節，詳情已刊載於中大醫學院網頁內。
- Before submitting the nomination form, the nomination must be seconded by two supporters.
提交表格前，必須先獲得兩名贊同人支持有關提名。
- All information submitted will be kept strictly confidential and the information will only be used by the CUHK Faculty of Medicine and the Selection Panel for the purpose of selecting the Award recipients.
所有提交的資料將絕對保密，並只供中大醫學院及評審委員會作審核候選人之用。
- This nomination form should be completed by the nominator and must be submitted to Integrated Event Management (Medical Alumni Affairs), Faculty and Planning Office of the CUHK Faculty of Medicine on or before 15 May 2020 (Friday). If the form is submitted by post, postmark must not be later than 15 May 2020 (Friday). The Faculty and Planning Office will acknowledge the receipt of nomination form by email to the nominator on or before 22 May 2020 (Friday).
本提名表格須由提名人填寫，並於2020年5月15日(星期五)或之前交回香港中文大學醫學院院務及策劃處綜合項目策劃(校友事務)。如提名表格以郵寄遞交，郵戳日期必須為2020年5月15日(星期五)或以前。中大醫學院院務及策劃處將於2020年5月22日(星期五)或以前以電郵方式通知提名人名單並確認收妥表格。
- In compliance with the requirements of the Personal Data (Privacy) Ordinance, the University has formulated a privacy policy to ensure compliance by staff members in handling the submitted personal information with security and confidentiality. For details, please browse <http://www.cuhk.edu.hk/policy/pdo/b5/>.
大學已依照《個人資料(私隱)條例》的有關條文，訂下政策以供職員處理及保密已收集的個人資料。有關詳情，可瀏覽 <http://www.cuhk.edu.hk/policy/pdo/b5/>。