

財團法人護理人員愛滋病防治基金會 函

101年5月23日

收文號: C0618

東港安泰醫院

機關地址: 10451 台北市林森北路 413 號 6 樓之 1

傳 真: (02)25677585

聯絡人及電話: 張美迪(02)25317575

電子信箱: nupf@ms29.hinet.net

敬啟

受文者: 文列單位

發文日期: 中華民國101年5月14日

發文字號: 愛滋護理張字第1010012號

連別:

密等及解密條件或保密期限:

附件: 如說明三(隨文附寄)

主旨: 本基金會辦理「愛滋病護理研究論文、護理專案、個案報告、著述獎及海報設計獎」有獎徵文活動, 敬請鼓勵 貴屬護理同仁踴躍投稿。

說明:

- 一、本基金會為鼓勵護理人員從事愛滋病照護工作, 並將照護經驗與其他護理人員分享, 特舉辦「愛滋病護理研究論文、護理專案、個案報告、著述獎及海報設計獎」徵文活動。
- 二、參與徵文之護理人員, 請於一〇一年八月三十一日前(以郵戳為憑)將稿件掛號郵寄
台北市 10451 林森北路 413 號 6 樓之 1
財團法人護理人員愛滋病防治基金會 張美迪秘書 收
- 三、隨函檢附本基金會有獎徵稿辦法、規定之相關文件及作者資料表各壹份。

正本: 行政院衛生署所屬醫療院所及機構、行政院衛生署暨中部辦公室、各縣市衛生局、國防部軍醫局、各護理院校、醫療院所、各縣市護理師護士公會、各護理相關團體等單位

董事長

張淑容

財團法人護理人員愛滋病防治基金會

愛滋病護理研究論文、護理專案、 個案報告、著述獎及海報設計獎徵文辦法

中華民國90年12月27日第三屆第二次董事會會議訂定
中華民國92年11月12日第三屆第五次董事會會議第1次修訂
中華民國94年1月15日第四屆第一次董事會會議第2次修訂
中華民國96年1月20日第四屆第五次董事會會議第3次修訂
中華民國98年1月13日第五屆第四次董事會會議第4次修訂
中華民國100年7月16日第六屆第二次董事會會議第5次修訂

- 一、本辦法旨在鼓勵護理人員從事愛滋病防治護理工作，並重視愛滋病護理專業經驗的分享，本基金會每年皆舉辦愛滋病護理有獎徵文（研究論文、護理專案、個案報告、著述獎及海報設計獎），以提昇愛滋病護理服務的品質。
- 二、參加甄選之文章必須具下列資格，方可向本基金會申請獎金：
 - （一）凡台灣護理學會及台灣愛滋病護理學會會員，且連續繳交台灣愛滋病護理學會三年之常年會費均可以申請。
 - （二）愛滋病護理研究論文：
已刊登於國內外醫護相關期刊之研究論文。
 - （三）護理專案及個案報告：
請附台灣護理學會通過證明書影本。
 - （四）著述獎以非研究性專業文章，並已刊登於國內外雜誌。
 - （五）海報設計獎題目與愛滋病防治相關、畫材不限、作品規格八開以上對開以下。
- 三、申請愛滋病護理研究論文、護理專案及個案報告之文章，需經過本基金會愛滋病防治工作小組再審查，獲選者須簽署同意其得獎稿件免費刊載於本基金會出版品及製作光碟，以便經驗分享。
- 四、申請愛滋病護理研究論文、護理專案及個案報告之文章，需
 - （一）通過台灣護理學會在兩年內審查合格之文章。
 - （二）在審查合格後二年之內已刊登於優良期刊之文章。
- 五、獲選優良稿件一人以一個獎項為原則，將於公開場合表揚並頒發獎金：
 - （一）研究論文：每篇新台幣壹萬元整及獎狀，共核發二位。
 - （二）護理專案及個案報告：每篇新台幣陸仟元整及獎狀，共核發三位。
 - （三）著述獎：每篇新台幣參仟元整及獎狀，共核發二位。
 - （四）海報設計獎：每篇新台幣參仟元整及獎狀，共核發二位。
- 六、本辦法經董事會會議通過後實施，修改時亦同。

財團法人護理人員愛滋病防治基金會

愛滋病護理有獎徵文需檢附之相關文件

項 目	研 究 論 文	護 理 專 案	個 案 報 告	著 述 獎	海 報 設 計 獎
摘 要	✓ 二 份	✓ 二 份			
內 容	✓ 二 份	✓ 二 份	✓ 二 份	✓ 二 份	✓ 一 份
作者資料表	✓	✓	✓	✓	✓
當年度 台灣護理學會 會員証影本	✓	✓	✓	✓	✓
當年度 台灣愛滋病 護理學會 會員証影本	✓	✓	✓	✓	✓
證明文件影本	✓	✓	✓		
參加資格 (第一作者)	✓	✓	✓	✓	✓

財團法人護理人員愛滋病防治基金會

愛滋病護理有獎徵文

作者個人資料表

◎中文資料

題目：_____

作者姓名：1. _____ 服務單位：_____

作者姓名：2. _____ 服務單位：_____

作者姓名：3. _____ 服務單位：_____

◎英文資料

題目：_____

作者姓名：1. _____ 服務單位：_____

作者姓名：2. _____ 服務單位：_____

作者姓名：3. _____ 服務單位：_____

◎投稿作者：

會員號：_____ 姓名：_____ 身份證字號：_____

通訊處：_____

電話：(公) _____ (宅) _____

◎發表情形：

☐ 尚未發表

☐ 已刊登雜誌名稱：_____

期數、卷數：_____ 頁數：_____

刊登年月：_____ 年 _____ 月

◎ 個案報告加註 所屬醫院名稱：_____