附表一

請頒衛生福利專業獎章事實表					
姓名		性別		國籍或出生地	
身分證統一編號		出生年月日		住址	
服務機關（單位、團體）及職務					
具體事蹟					
依據法令	衛生福利部專業獎章頒給辦法第　條第　、　款	請獎等級	等	證明文件	如附件
請頒及核轉機關	首長（負責人）或主管職銜	考語		蓋章	年　月　日
衛生福利部核定	職銜	意見	核頒獎章等級	蓋章	年　月　日
	部長				
備考					