

2022-2023 年長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選報名簡章

贊助單位：長庚醫療財團法人

一、 背景說明：

長庚醫療財團法人於 2014 年起推動「長庚運動醫學照護計畫」，結合復健科、骨科、中醫科等 13 個專科，由醫師、藥師、營養師、心理師等上百位專業人員和運動防護員組成運動醫學團隊，提供運動醫學、防護、營養、禁藥、心理等專業知能。並安排運動防護員為運動員提供醫療防護，完整照顧選手的身心健康。

2018 年開始將資源投入基層國、高中學校，利用過去照護經驗，服務更多年輕運動選手及栽培國家明日之星，開啟向下扎根計畫。除在競賽現場提供即時運動防護外，還能隨時視選手健康狀況與醫療團隊聯繫，追蹤照顧選手完整傷病史，並做出最正確的運動防護，讓選手們有完善的醫療資源作為後盾，維持良好身心狀態，更無後顧之憂的迎接每一場挑戰。

長庚醫療體系擁有全國首屈一指的醫療資源，在運動醫學領域領先全國。故本著體系創辦人王永慶先生「取之社會，用之社會」的理念，針對國內優秀運動選手進行相關補助計畫，善用本體系資源照顧具潛力的選手，使其能心無旁騖專心致力於訓練及比賽，進而締造佳績揚名國際。

二、 遴選種類及名額：

- (一)個人選手：預計遴選 62 名，依照選手過去賽事成績、運動專項及未來發展潛力評選，分為「頂尖選手」 30 名、「潛力選手」 32 名。
- (二)國、高中學校：預計遴選 33 間，國中 14 間、高中 19 間。

三、 遴選辦法：

- (一)計畫時間：2022~2023 年，共計 2 年。
- (二)遴選資格：個人選手或國、高中學校，均須為中華民國國籍。
- (三)資料審查：
 - 1. 長庚醫療體系運動員補助計畫甄選報名表(如附件)。
 - 2. 其他佐證資料：如推薦信(以 1 封為限)、賽事成績證明等。
- (四)遴選委員：長庚醫療體系運動醫學委員會委員，其中包含本院運動醫學團隊醫師、體育領域專家學者、體育署代表等共同組成。

四、 補助內容：

(一)個人選手-「頂尖選手」計畫補助內容：

1. 醫療服務補助：給予每人每年上限 25 萬元新台幣補助金額。運動員若發生運動傷害，或因訓練需要，使用本院自費特約門診、自費住院及自費手術時，相關醫療服務或健康檢查費用。

(二)個人選手-「潛力選手」計畫補助內容：

1. 配合運動員賽程及訓練期，提供運動防護員協助：每人每年申請天數上限為 40 天；其中包含協同運動員出國比賽天數 10 天、國內比賽或訓練 30 天。
2. 醫療服務與出國補助：給予每人每年上限 25 萬元新台幣補助金額。運動員若發生運動傷害，或因訓練需要，使用本院特約門診、住院及手術時，相關醫療服務或健康檢查費用；另為鼓勵運動員參加國外參加比賽、增加賽事經驗，比賽期間交通及食宿補助，每人每年以 15 萬元新台幣為上限。

(三)國、高中學校-「國中校隊」計畫補助內容：

1. 配合學校賽程及訓練期，提供運動防護員協助，學校可依賽程及訓練計畫申請運動防護員，每年申請天數上限為 12 天。
2. 運動員若發生運動傷害，或因訓練需要，使用本院健保門診、住院及手術時，相關醫療服務費用，每年度全隊合計以新台幣 10 萬元為上限。

(四)國、高中學校-「高中校隊」計畫補助內容：

1. 配合學校賽程及訓練期，提供運動防護員協助，學校可依賽程及訓練計畫申請運動防護員，每年申請天數上限為 100 天。
2. 運動員若發生運動傷害，或因訓練需要，使用本院健保門診、住院及手術時，相關醫療服務費用，每年度全隊合計以新台幣 10 萬元為上限。

五、 運動員接受補助期間，相關義務簡述如下(實際以正式簽約內容為準)。

(一)於補助期間擔任本院運動形象大使，並配合本院安排每年參與 3 次公益活動、2 次記者會。

(二)於補助期間同意本院進行相關生理狀況及身體各項運動機能指標測量。

(三)接受補助期間，不得再參與相關醫療機構之補助。

六、 申請時間：即日起至 2021 年 10 月 20 日止(以郵戳為憑)。

七、 報名書面資料寄送地點：

333 桃園市龜山區舊路村頂湖路 123 號 B2

「桃園長庚運動醫學整合照護小組 黃婉柔小姐 03-319-6200 分機 3428」

八、 聯絡信箱：bessha2013@cgmh.org.tw

2022-2023 年長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選報名表

姓名				(相片黏貼處) 二吋正面脫帽 半身照片
運動項目		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
出生年月日	民國 年 月 日	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
身分證字號	※ 請檢附身分證正反面影本(若無身分證者，請附戶口名簿影本)			
國籍	<input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 兼具外國籍(國)			
通訊處	□□□		電話	室話：
E-mail				手機：
近年競賽最佳成績	年度	主辦單位	競賽名稱	獲得獎項
※ 以上競賽成績，請檢附獲獎之相關證明文件。				
未來兩年訓練計畫及目標	若篇幅不足請另用 A4 紙張繕寫			
本人報名長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選，持誠信原則填報上述資料，且願意接受查證，如有虛偽不實願 <u>取消補助資格</u> ，本人絕無異議，除負法律責任外，並不得要求任何補償。				
申請人簽名		(未滿 20 歲者請法定代理人簽名)		
是否願意於比賽服裝繡上長庚醫院 LOGO？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他推廣宣傳本照護計畫之方式：_____				

2022-2023 年長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選報名表

(國、高中學校)

學 校 名 稱				
運 動 項 目				
代 表 人	姓 名			
	身 分 證 字 號	※ 請檢附身份證正反面影本(若無身份證者，請附戶口名簿影本)		
	通 訊 處	□□□	電 話	室 話 ：
	E-mail			手 機 ：
近 年 競 賽 最 佳 成 績	年 度	主 辦 單 位	競 賽 名 稱	獲 得 獎 項
※ 以上競賽成績，請檢附獲獎之相關證明文件。				
未 來 兩 年 訓 練 計 畫 及 目 標	<p>若篇幅不足請另用 A4 紙張繕寫</p>			
<p>本隊報名長庚醫療體系運動醫學照護計畫甄選，持誠信原則填報上述資料，且願意接受查證，如有虛偽不實願 <u>取消補助資格</u>，本隊絕無異議，除負法律責任外，並不得要求任何補償。</p>				
代 表 人			(簽 名)	
<p>是否願意於比賽服裝繡上長庚醫院 LOGO？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>其他推廣宣傳本照護計畫之方式：_____</p>				

