

馬偕醫學院長期照護研究所所長候選人資料表

一、基本資料

| | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|--------------------------------|
| 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 國民身分證統一編號 或護照號碼 | 請黏貼最近 二吋半身 正面脫帽 彩色光面照 |
| | | | | |
| 聯絡方式 | E-Mail： 辦公室： 手機： 通訊地址： | | | |
| 現職服務機關學校 | 職稱 | 專（兼）任 | 到職年月 | |
| | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | | |
| 教師證書等級 | 證書字號 | 送審學校 | 年資起算年月 | |
| | | | | |
| 學歷 | 學校名稱 | 院系所 | 學位名稱 | 領受學位年月 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主要 經歷 | 服務機關 | 職稱 | 專（兼）任 | 任職起迄年月 |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| <p>本人已充分了解貴校長期照護研究所所長遴選相關規定並同意擔任所長候選人，所填送各項表格之所有資料均確實無誤，且同意姓名、年齡、學歷及經歷等基本資料僅用於本次所長遴選。</p> <p style="text-align: right;">候選人簽名：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | |

註：1.申請截止日期：110年5月10日(一)17:00。(掛號以郵戳為憑)

2.請附學經歷證明文件及相關佐證資料影本。

3.請另將此電子檔寄至 bearishym@mmc.edu.tw。

二、主要著作

| |
|--|
| |
|--|

註：請依期刊及會議論文、圖書著作、專利及發明等分類填列。

四、教育理念

| |
|--|
| |
|--|

五、本校長期照護研究所教學、行政與研究發展計畫

| |
|--|
| |
|--|

本表如不敷使用，請自行延長。