

## 馬偕醫學院長期照護研究所所長候選人連署推薦表

## 一、被推薦人基本資料

姓名	現職單位與職稱	聯絡方式
		E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址:

## 二、推薦人基本資料(須本所教師二人以上為推薦人)

姓名	現職單位與職稱	推薦人簽名	聯絡方式
			E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址:
			E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址:
			E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址:
			E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址:

### 三、 推薦理由

### 四、 徵詢被推薦人同意

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。

被推薦人簽名：\_\_\_\_\_

年 月 日

註：

1. 受理截止日期：110年5月10日(一)17:00前。(掛號以郵戳為憑)
2. 本所專任教師自行參加遴選者，本表免填。
3. 非本所專任教師參加遴選者，請填本表及候選人資料表。  
本表如不敷使用，請自行延長。