**馬偕醫學院聽力暨語言治療學系主任候選人資料表**

附件一

**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 |
|  |  | □專任□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 |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
| **本人已充分了解貴校聽力暨語言治療學系主任遴選相關規定並同意擔任系主任候選人，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系主任遴選。** **候選人簽名：** **年 月 日** |

註：1.申請截止日期：**110年6月2日(三) 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debby@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。

**三、學術獎勵及其他榮譽事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **授獎單位** | **獎勵及榮譽事項名稱** | **時間** | **備註** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**四、教育理念**

|  |
| --- |
|  |

**五、本校聽力暨語言治療學系教學、行政與研究發展計畫**

|  |
| --- |
|  |

本表如不敷使用，請自行延長。

**馬偕醫學院聽力暨語言治療學系主任候選人連署推薦表**

附件二

1. **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: |

1. **推薦人基本資料(須本學系專任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: |

|  |
| --- |
|  |

1. **推薦理由**
2. **徵詢被推薦人同意**

|  |
| --- |
| **本人已充分了解貴校聽力暨語言治療學系主任遴選相關規定並同意擔任主任候選人，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主任遴選。** **被推薦人簽名：** **年 月 日** |

註：

1. 受理截止日期：**110年6月2日(三)17:00前。(掛號以郵戳為憑)**
2. 本學系專任教師自行參加遴選者，本表免填。
3. 非本學系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。