馬偕醫學院借調本院醫師擔任專任教師同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 借 調 單 位 | 職 稱 | 借 調 年 限 |
| 馬偕醫學院  醫學系  (系、所) | □教授  □副教授  □助理教授  □講師  □其他： | □二年  □其他： |

本人簽章：

所屬科部主管簽章：

醫學教育部主任：

年 月 日

備註：本同意書請先經行政程序同意後，再送醫學院教學單位循校內借調程序辦理。