## 馬偕學校財團法人馬偕醫學大學醫學系

## 馬偕紀念醫院臨床專任老師申請表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | 科別 |  |
| 擬聘職級 | □教授(級)□副教授(級)□助理教授(級)□講師(級) | 任教科目 |  |
| Gmail |  |
| 教師資格 | □無 最高學歷：　 　 □部定教師證書證書字號：　 　字第　 　號　年資起算：民國　 　年　 　月 |
| 資格條件 | □學科缺額□教學門診主治醫師□擔任教學任務 □配合學校發展所需  |
| 申請人簽章 |  |
| 醫院科、部主任推薦理由 | **簽章**  |
| 醫教部推薦理由 | **簽章**  |