## 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** | | |