

高雄醫學大學口腔醫學院口腔衛生學系系主任候選人 接受推薦資料表

一、基本資料表

姓名	性別	出生年月日			身分證明 文件字號	電話	傳真
		年	月	日		公：	公：
						私：	私：
通訊處							
E-mail					行動電話		
現 職	服務機關學校		職稱		到職年月		教師證書字號 及取得年月
主 要 學 歷	學校名稱		院系所		學位名稱		取得學位年月
主 要 經 歷	服務機關學校		職稱		任職起迄年月		
候選人 簽名					日期		

註：1.請附身份證明文件影本、最高學歷證件，及教授/副教授之證件影本。

2.本表若不敷使用，請自行繕打接附。

最高學歷證件影本黏貼表

--

教師證書證件影本黏貼表

【(副)教授證書影本】

二、論文、著作、專利及發明目錄

--

註：1. 請依期刊及會議論文、圖書著作等分類填列。

2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

三、學術獎勵及榮譽事項

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

四、治系理念

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

五、推薦人資料

(一)個人或學術機構之推薦

個人或機構負責人 姓名	任職單位或 機構名稱	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				

(二)連署人

連署人姓名(一)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				
連署人姓名(二)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				
連署人姓名(三)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				
連署人姓名(四)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公：	公：
			宅：	宅：
聯絡地址				

(三)推薦理由

請就下列條件提出說明：

1. 具有公認之學術成就與聲望，及推動學術研究之能力。
2. 具前瞻性之教育理念，對醫學系發展有全面性的規劃與執行能力。
3. 瞭解本系特色，具卓越之行政管理與領導能力。
4. 處事公正，具高尚品德與廉潔操守。

推薦人簽名：

日期：

(四)被推薦人同意函

被推薦人同意函

茲同意接受推薦為高雄醫學大學醫學院
口腔衛生學系系主任候選人

本人簽章: _____

日 期: _____