**臺北醫學大學　　 　 系(所)主管候選人資料表**

一、基本資料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 中文姓名 |  | 英文姓名 |  |
| 身份證號碼 |  | 性別 |  | 出生日期 |  年 月 日 |
| 聯絡住址 | （□□□郵遞區號） |
| 聯絡電話 | (公): 分機 | (宅):(手機): |
| 傳真號碼 |  | E-Mail |  |
| 主要學歷 | 學校名稱 | 院系所 | 學位 | 起訖年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 現職 | 服務機關 | 服務部門/系所 | 職稱 | 起訖年月 |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
| 主要經歷 | 服務機關 | 服務部門/系所 | 職稱 | 起訖年月 |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
|  |  | □專任□兼任 |  |
| 專長 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (本表如不敷使用，請自行影印接附) |

二、著作、作品及發明目錄(請分類填列)

三、學術獎勵、榮譽事項

四、教育理念及系、所發展計劃書

**候選人簽名：**

備註：1.本表如不敷使用，請自行影印接附。

2.請務必檢附：最高學歷及副教授以上證書影本。

3.請於應徵系所之遴選徵才公告截止日前送達「11031台北市吳興街250號；臺北醫學大學人資處遴選小組收」。(電話:02-27361661轉2026張小姐，傳真02-23770659，mail:astccf@tmu.edu.tw)

**侯選人推薦表**

1. □是 □否 已徵詢被推薦人表示同意。(被推薦人簽名: )

二、推薦者基本資料：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名(請簽名) | 任職單位 | 職稱 | 職絡地址 | 電話 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

三、推薦理由：

|  |
| --- |
|  |

附註：1.本表如不敷使用，請自行影印接附。

2.請於應徵系所之遴選公告截止日前送達「11031台北市吳興街250號；臺北醫學大學人資處遴選小組收」。(電話:02-27361661分機2026張小姐，傳真02-23770659，email:astccf@tmu.edu.tw)