

檔 號：

保存年限：

馬偕學校財團法人馬偕醫學院 函

機關地址：252-005新北市三芝區中正路三段46號

聯絡人：許淑喬

電子信箱：enyohsu@mmc.edu.tw

聯絡電話：(02)26360303分機1157

傳真電話：(02)26367728

受文者：國立臺北大學

發文日期：中華民國114年3月26日

發文字號：馬學人字第1140002510號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三(附件1 A095G0000Q0000000_1141200224_1_候選人啟事.pdf、附件2 A095G0000Q0000000_1141200224_2_候選人資料表.odt、附件3 A095G0000Q0000000_1141200224_3_候選人推薦表.odt)

主旨：本校公開徵求醫學檢驗暨再生醫學學系主任，敬請惠予公告，請查照。

說明：

- 一、旨揭公告及相關表格已刊登於本校首頁、本校人事室網頁及本校醫學檢驗暨再生醫學學系網頁<https://lab-reg-med.mmc.edu.tw/Recruit.asp?hidRecruitCatID=10>，請逕行下載參閱。
- 二、凡有意參選者，請填妥相關表並備齊相關資料，於114年04月30日（星期三）17:00前親送或掛號(郵戳為憑)寄至：252005新北市三芝區中正路三段46號「馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任遴選委員會」收。
- 三、檢附「馬偕醫學院公開徵求醫學檢驗暨再生醫學學系主任候選人啟事」、「馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任候選人資料表」、「馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任候選人連署推薦表」。

正本：各公私立大專校院、中央研究院、財團法人國家衛生研究院、國家科學及技術委員會

國立臺北大學



1140503973 114/03/26

副本：本校醫學檢驗暨再生醫學學系、人事室



校長 李居仁

裝

訂



馬偕醫學院公開徵求醫學檢驗暨再生醫學學系

主任候選人啟事

一、本校公開徵求醫學檢驗暨再生醫學學系主任，任期三年，得連任一次，歡迎連署推薦或自行應徵參選。

二、系主任候選人應具之資格除應符合相關法令之規定外，尚須具備下列條件：

(一) 教育部審查合格具博士學位之副教授(含)以上教師或研究員。

(二) 對於本系教育理念具前瞻性理念及熱忱。

(三) 具卓越行政領導能力及協調溝通能力。

(四) 學術專長與本學系研究相符者尤佳。

(五) 具中華民國國籍者，惟具其他國籍者，應符合相關法律之規定。

獲遴聘者如為校外學者，須依本校教師聘任暨升等審查辦法規定之程序通過專任教師聘任；如需借調者，依教育部教師借調處理原則及本校教師借調處理要點相關規定辦理。

本校教師聘任暨升等審查辦法 <https://reurl.cc/R1LAAn>

教育部教師借調處理原則 <https://ppt.cc/fwa94x>

本校教師借調處理要點 <https://reurl.cc/N6bzr6>

四、繳交文件及期限：

(一) 本學系專任教師參選人：請填具「系主任候選人資料表」、學經歷證明文件及相關佐證資料。

(二) 非本學系教師參選人：除前款資料外，另須檢附「系主任候選人連署推薦表」。

(三) 以上資料請於 114 年 04 月 30 日(三)17:00 前親送或掛號(郵戳為憑)寄至：

252005 新北市三芝區中正路三段 46 號 「馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任遴選委員會」收，逾期恕不受理。

五、參選相關表件可至本校醫學檢驗暨再生醫學學系網站自行下載。

六、將於 114 年 05 月 13 日(二)前以 e-mail 及電話通知書面審查通過者；並於 114 年 05 月 26 日(一)舉行候選人公開說明辦學理念。

七、聯絡電話：(02)26360303 轉 1751 (謝小姐)

傳 真：(02) 26360303 轉 5170

馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任候選人資料表

一、基本資料

| | | | | |
|-------------|---------------------------------|---|---|--------------------------------|
| 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 國民身分證統一編號 或護照號碼 | 請黏貼最近 二吋半身 正面脫帽 彩色光面照 |
| | | | | |
| 聯絡方式 | E-Mail: 辦公室: 手機: 通訊地址: | | | |
| 現職服務機關學校 | 職稱 | 專(兼)任 | 到職年月 | |
| | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | | |
| 教師證書等級 | 證書字號 | 送審學校 | 年資起算年月 | |
| | | | | |
| 學 歷 | 學校名稱 | 院系所 | 學位名稱 | 領受學位年月 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 要 經 | 服務機關 | 職稱 | 專(兼)任 | 任職起迄年月 |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| 歷 | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 兼任 | |
| <p>本人已充分了解貴校醫學檢驗暨再生醫學學系主任遴選相關規定並同意擔任系主任候選人，所填送各項表格之所有資料均確實無誤，且同意姓名、年齡、學歷及經歷等基本資料僅用於本次系主任遴選。</p> <p style="text-align: right;">候選人簽名：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | |

註：1.申請截止日期：114年04月30日(三)。17:00前親送或掛號(郵戳為憑)

- 2.請附學經歷證明文件及相關佐證資料影本。
- 3.請另將此電子檔寄至 arielhsieh@mmc.edu.tw。

二、主要著作

| |
|--|
| |
|--|



| |
|--|
| |
|--|



註：請依期刊及會議論文、圖書著作、專利及發明等分類填列。



三、學術獎勵及其他榮譽事項


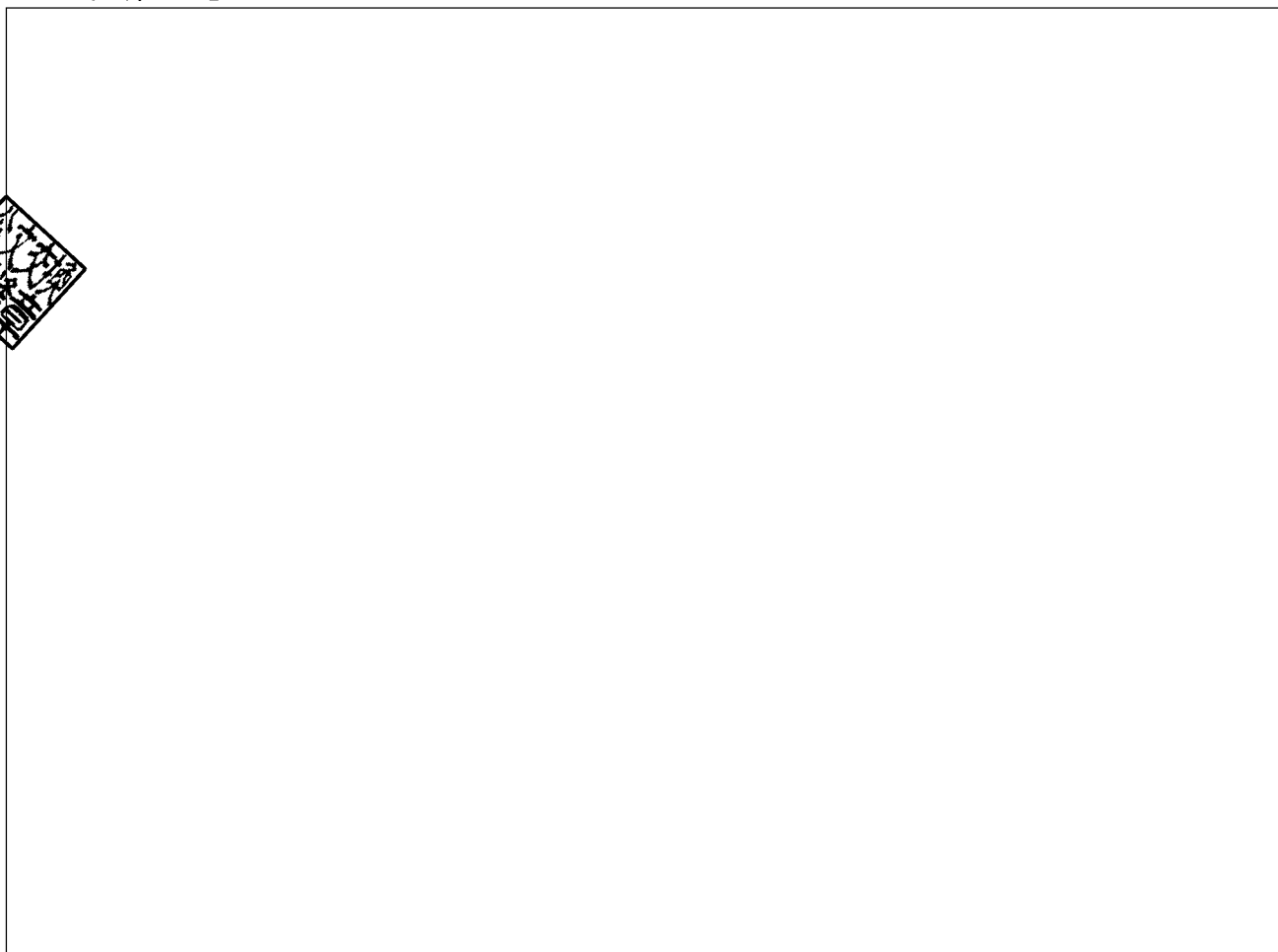
| 授獎單位 | 獎勵及榮譽事項名稱 | 時間 | 備註 |
|------|-----------|----|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |




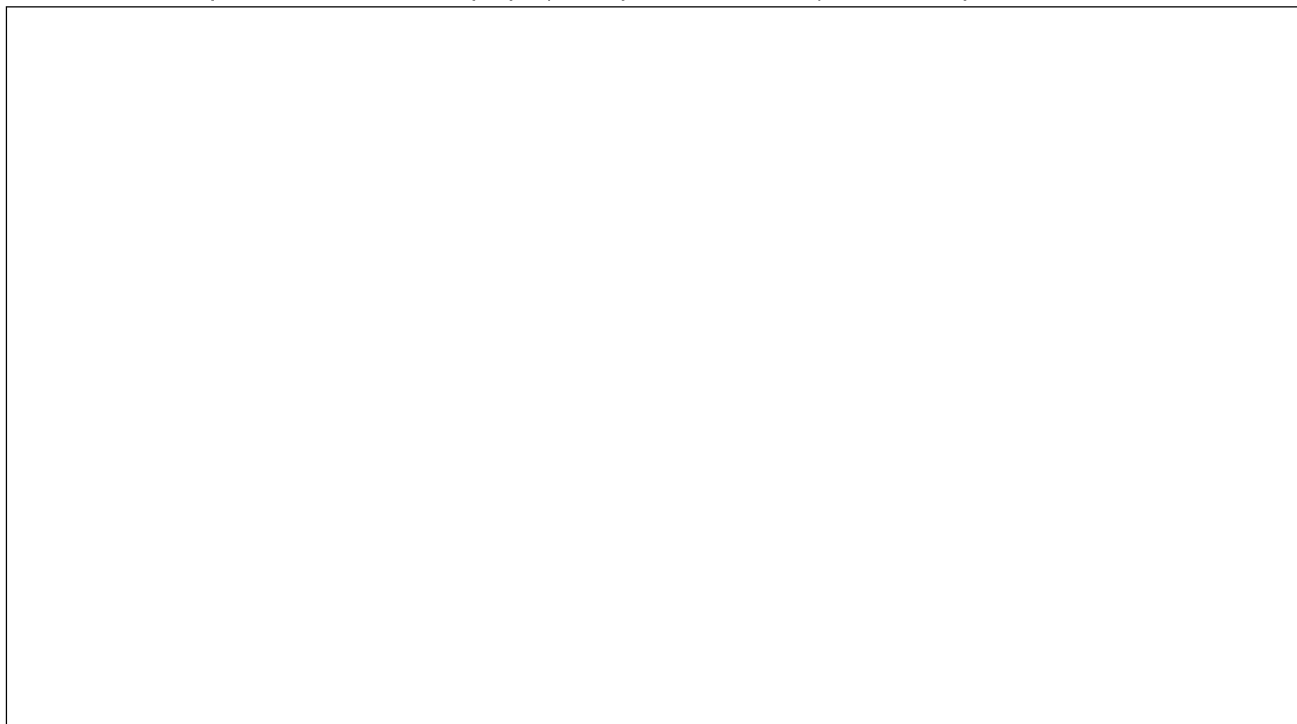
| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



四、教育理念



五、本校醫學檢驗暨再生醫學學系教學、行政與研究發展計畫





表如不敷使用，請自行延長。



附件四

馬偕醫學院醫學檢驗暨再生醫學學系主任候選人連署推薦表

1、 推薦人基本資料(須本學系專任教師二人以上為推薦人)

| 姓名 | 現職單位與職稱 | 推薦人簽名 | 聯絡方式 |
|----|---------|-------|--|
| | | | E-Mail : 辦公室: 手機: 通訊地址: |

Large empty rectangular box for providing the reasons for recommendation.

2、 推薦理由

附件四

