

## 馬偕醫學院全人教育中心中心主任遴選推薦人名單

### 一、 被推薦人基本資料

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

### 二、 推薦人基本資料(須本中心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：
			E-Mail： 辦公室： 手機： 通訊地址：

### 三、 資格確認

本人已充分了解貴校全人教育中心中心主任遴選相關規定並同意擔任中心主任候選人，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中心主任遴選。

被推薦人簽名：\_\_\_\_\_年 月 日

註：受理推薦截止日期：108 年 12 月 20 日(五)前寄達。(以郵戳為憑)