

高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系徵求系主任候選人啟事

本校口腔醫學院現任牙醫學系主任將於 113 年 7 月 31 日任期屆滿，自即日起公開徵求候選人。

一、候選人條件

- (一)應具副教授以上資格。
- (二)具行政領導力。
- (三)學術研究表現卓越。
- (四)未具本校教師資格之候選人，應於到任前完成本校教師資格審查作業。

二、推薦方式及應備資料

- (一)自我推薦：符合資格者。
- (二)他人推薦：國內外大學教授至少二人以上之推薦；推薦者應徵得被推薦人之同意。
- (三)凡有意推薦或自我推薦者，請來函索取或至網址：<https://dent.kmu.edu.tw>

下載推薦表格及相關資料。

- (四)候選人得至本遴選委員會發表 20 分鐘治系理念及具體政見。

三、收件截止日期

請備齊資料於 **113 年 3 月 22 日(星期五)下午 17:00 前**親送，或以雙掛號寄達「807 高雄市三民區十全一路 100 號高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系系主任遴選委員會」收。

四、聯絡方式

- (一)聯絡人：劉小姐
- (二)聯絡電話：07-3121101 轉 2156#21 傳真電話：07-3157024
- (三)電子郵件：yilin@kmu.edu.tw
- (四)聯絡地址：807 高雄市三民區十全一路 100 號(國際學術研究大樓 5 樓牙醫學系辦公室)

高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系系主任遴選委員會 敬啟

中華民國 113 年 3 月 1 日

高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系系主任候選人推薦表

一、推薦方式

(一) 他人推薦

被推薦候選人姓名		<input type="checkbox"/> 已徵得被推薦人之同意			
		被推薦人簽名: _____			
通訊處		電話	公:	傳真	公:
			宅:		宅:
E-mail		手機:			

(二) 自我推薦

個人姓名	任職單位	職稱	電話	傳真
			公:	公:
			宅:	宅:
聯絡地址			手機:	

二、推薦人資料(自我推薦者免填)

個人或學術機構 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			手機:	
推薦人姓名(一)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公:	公:
			宅:	宅:
聯絡地址			手機:	
推薦人姓名(二)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公:	公:
			宅:	宅:
聯絡地址			手機:	
推薦人姓名(三)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公:	公:
			宅:	宅:
聯絡地址			手機:	

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系系主任候選人資料表

一、基本資料表

簽名：_____

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		副/教授證書字號 及取得年月
學 歷	學校名稱		院系所		學位名稱		領受學位年月
主 要 經 歷	服務機關學校			職稱		任職起迄年月	

註：1. 請附身分證明文件影本、最高學歷證件及副/教授之證件影本。

2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

二、學術及研究成就

(一) 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、專利及發明等分類填列。
2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

(二) 學術獎勵及榮譽事項

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

三、治系理念

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。