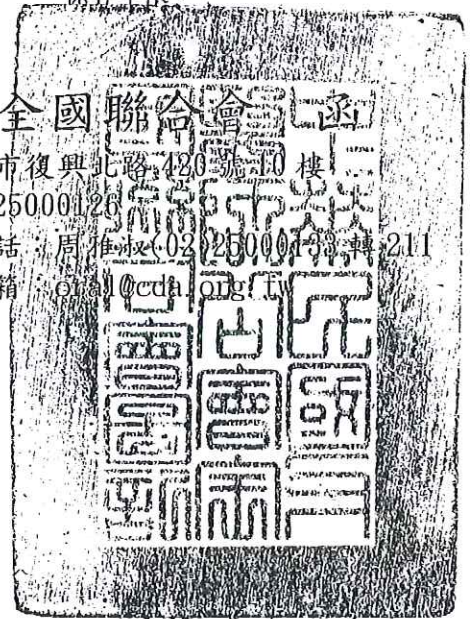


96

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：周雅淑(02)25000133轉211
電子郵件信箱：o781@ccda.org.tw



受文者：詳如正本收受者

發文日期：中華民國 109 年 8 月 11 日
發文字號：牙全棟字第 00015 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：詳如說明

主旨：有關高雄醫學大學徵求該校口腔醫學院院長候選人公告等事宜，詳如說明，請 查照。

說明：檢附高雄醫學大學民國 109 年 7 月 30 日高醫院口字第 1091102190 號函，詳如附件。

正本：台北市牙醫師公會、新北市牙醫師公會、宜蘭縣牙醫師公會、花蓮縣牙醫師公會、基隆市牙醫師公會、桃園市牙醫師公會、新竹市牙醫師公會、新竹縣牙醫師公會、苗栗縣牙醫師公會、臺中市大臺中牙醫師公會、台中市牙醫師公會、彰化縣牙醫師公會、南投縣牙醫師公會、台南市牙醫師公會、雲林縣牙醫師公會、嘉義縣牙醫師公會、嘉義市牙醫師公會、屏東縣牙醫師公會、高雄市牙醫師公會、澎湖縣牙醫師公會、台東縣牙醫師公會、金門縣牙醫師公會

牙醫全聯會
秘書處(212)



請加入牙醫全聯會LINE@

理事長 王棟源

本案依照分層負責規定
授權 教育學術會 主委決行

104

臺北市中山區復興北路420號10樓

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

710

台南市永康區中華路196-14號10樓

處理日期

109/08/11

台南市牙醫師公會(牙醫全聯會-公文)

君啟

郵件編號： 610426-17-296337639

收文日期: 109年8月18日	第 76 號	簽章										
批示日期: 109年8月19日												
批示項目	<input type="checkbox"/> 存查 <input type="checkbox"/> 轉知 1. 全體會員 2. 學術主委 3. 健保主委 4. 醫保主委 5. 口衛主委 6. 聯誼主委 7. 總務主委 8. 資訊主委 9. 偏遠主委 10. 公關主委 11. 法令主委 12. 特需主委											

花PO
藍禮紅
金

高雄醫學大學 函

地址：80708高雄市三民區十全一路100號
承辦人：孫幸君
電話：(07)3121101轉2154*11
傳真電話：(07)3210637
電子信箱：sunhc@kmu.edu.tw

台北市中山區復興北路420號10F

受文者：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年7月30日
發文字號：高醫院口字第1091102190號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三所示

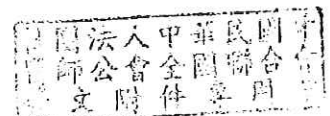
主旨：誠徵本校口腔醫學院院長候選人，詳如說明，敬請惠予公告並踴躍推薦適當人選，請查照。

說明：

- 一、茲依本校「口腔醫學院院長遴選及代理辦法」及本校口腔醫學院院長遴選委員會108學年度第1次會議決議公告徵求本校口腔醫學院院長候選人。
- 二、有意推薦或自我推薦者，請於109年8月25日前將候選人推薦表、資料表及相關資料送達或以限時雙掛號郵寄至80708高雄市三民區十全一路100號「高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會」收（日期以郵戳為憑）。
- 三、檢附本校口腔醫學院徵求院長候選人公告、候選人推薦表及資料表各乙份，或請至本校口腔醫學院網站<http://cdm.kmu.edu.tw/>查詢下載。

正本：國立臺灣大學、牙醫專業學院、國立陽明大學、牙醫學院、臺北醫學大學、口腔醫學院、中山醫學大學、口腔醫學院、中國醫藥大學、牙醫學院、國防醫學院、牙醫學系、國立成功大學、醫學院牙醫學系、國立清華大學、國立交通大學、國立中山大學、社團法人中華牙醫學會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
副本：本校口腔醫學院

校長 鍾育志



高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選公告

主旨：誠徵本校口腔醫學院院長候選人，請踴躍推薦或自我推薦，詳如說明。

說明：

- 一、茲依據本校「口腔醫學院院長遴選及代理辦法」及口腔醫學院院長遴選委員會 108 學年度第 1 次會議決議，自即日起公開徵求新任院長候選人。
- 二、候選人條件：
 1. 具有教授資格（不以院內或校內教授為限）。
 2. 具有行政領導能力。
 3. 學術研究表現卓越。
- 三、推薦方式：
 1. 自我推薦：符合資格者。
 2. 他人推薦：國內外大學教授至少一人以上之推薦；推薦者應徵得被推薦人之同意。
- 四、凡有意推薦或自我推薦者，請來函或親自索取推薦表及相關資料，或至高雄醫學大學 <http://kmu.edu.tw> 相關網頁(人力資源室、口腔醫學院)下載，並於民國 109 年 8 月 25 日（星期二）前檢附推薦表及相關資料送達「高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會」。
送達方式：
 1. 以「雙掛號」（限時）方式郵寄至「高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會」收（日期以郵戳為憑）。
郵寄地址：807 高雄市三民區十全一路 100 號
 2. 專人送交高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會（國際學術研究大樓 5F 口腔醫學院辦公室），收件截止時間為民國 109 年 8 月 25 日（星期二）下午 5：30。
- 五、其他相關本校口腔醫學院院長遴選事宜，請洽「高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會」
聯絡電話：(07)312-1101 轉 2154-11
聯絡人：孫幸君小姐
傳真：(07)321-0637
E-Mail: sunhc@kmu.edu.tw
附件：高雄醫學大學口腔醫學院院長候選人推薦表及資料表

高雄醫學大學口腔醫學院院長遴選委員會 啓

中華民國 109 年 7 月 23 日

高雄醫學大學口腔醫學院院長候選人推薦表

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: _____ 宅: _____	傳真 公: _____ 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: _____ 宅: _____	公: _____ 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: _____ 宅: _____	公: _____ 宅: _____
聯絡地址			手機: _____	
推薦人姓名(一)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公: _____ 宅: _____	公: _____ 宅: _____
聯絡地址			手機: _____	
推薦人姓名(二)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公: _____ 宅: _____	公: _____ 宅: _____
聯絡地址			手機: _____	
推薦人姓名(三)	任職單位	職稱	電話	傳真
			公: _____ 宅: _____	公: _____ 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院長候選人資料表

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： 私：	公： 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、最高學歷證件及教授之證件影本。
2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

裝訂

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。

裝

訂

三、行政領導能力

--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

四、其他特殊或傑出成就

單 訂	
--------	--

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

五、擔任院長之理念與主張

例如：1.治院理念

2.院長的角色

3.系所未來的發展

4.國內外院譽的提昇

5.院內師生的發展

6.學院整體未來發展方向

7.其他

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

