**高雄醫學大學健康科學院醫務管理暨醫療資訊學系**

**系主任候選人接受推薦資料表**

**一、基本資料表：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **教師證書字號****及取得年月** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **主要學歷** | **學校名稱** | **院系所** | **學位名稱** | **取得學位年月** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **主要經歷** | **服務機關學校** | **職稱** | **任職起迄年月** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **候選人****簽名** |  | **日****期** |  |

註：

1. 請附身分證明文件影本、最高學歷證件，及副教授或相當副教授資格以上之證件影本。
2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

**二、論文、著作、專利及發明目錄：**

|  |
| --- |
|  |

註：1. 請依期刊及會議論文、圖書著作等分類填列。

2. 本表若不敷使用，請自行繕打接附。

**三、學術獎勵及榮譽事項：**

|  |
| --- |
|  |

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

**四、系主任候選人之理念與抱負：**

|  |
| --- |
|  |

註：本表若不敷使用，請自行繕打接附。

**高雄醫學大學健康科學院**

**醫務管理暨醫療資訊學系系主任遴選委員會**

**個人資料蒐集、處理及利用聲明暨同意書**

高雄醫學大學健康科學院醫務管理暨醫療資訊學系系主任遴選委員會(下稱本會)蒐集您的個人基本資料，並依個人資料保護法第8條規定向您告知下列事項：

1. 蒐集目的：為徵求系主任候選人辦理系主任遴選，本會將蒐集您的個人資料建檔。
2. 蒐集範圍及類別：姓名、性別、出生年月日、身分證字號、職稱、工作地址、住家電話、行動電話、通訊地址、電子郵件地址、職業、學歷及工作經驗等，詳如「高雄醫學大學系主任候選人資料表」。
3. 利用期間及地區：在本校校務所及地區（含中華民國境內及未受主管機關禁止國際傳輸之境外地區）內，除法令另有規定外，本會將於系主任遴選作業期間利用上述資料。
4. 利用對象及方式：除法令另有規定外，本會為達前述蒐集之目的，將於必要時利用您的個人資料以聯繫或通知等；亦將於必要時將您的個人資料適度提供予第三人如主管機關及其他為達蒐集之目的所需提供之機關。
5. 您得依個人資料法保護法第3條規定向本會就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正及請求停止蒐集、處理、利用及請求刪除等權利。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

立同意書人：　　　　　　　　　　　　（簽名）

中華民國 年 月 日

**五、推薦人資料：**

1. **個人或學術機構之推薦：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **個人或學術機構****推薦人姓名** | **任職單位或 機構名稱** | **職稱** | **電話** | **傳真** |
|  |  |  | **公：** | **公：** |
| **宅：** | **宅：** |
| **聯絡地址** |  |

1. **連署人：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **連署人姓名(一)** | **任職單位** | **職稱** | **電話** | **傳真** |
|  |  |  | **公：** | **公：** |
| **宅：** | **宅：** |
| **聯絡地址** |  |
| **連署人姓名(二)** | **任職單位** | **職稱** | **電話** | **傳真** |
|  |  |  | **公：** | **公：** |
| **宅：** | **宅：** |
| **聯絡地址** |  |
| **連署人姓名(三)** | **任職單位** | **職稱** | **電話** | **傳真** |
|  |  |  | **公：** | **公：** |
| **宅：** | **宅：** |
| **聯絡地址** |  |

- 5 -

1. **推薦理由：**

請就下列條件提出說明：

1. 具有公認之學術成就與聲望，及推動學術研究之能力。

2. 具前瞻性之教育理念，對學系發展有全面性的規劃與執行能力。

3. 瞭解本學系特色，具卓越之行政管理與領導能力。

4. 處事公正，具高尚品德與廉潔操守。

|  |
| --- |
|  |

**推薦人簽名： 日期：**

1. **被推薦人同意函：**

|  |
| --- |
| **被推薦人同意函****茲同意接受推薦為高雄醫學大學健康科學院醫務管理暨醫療資訊學系系主任候選人** **被推薦人簽章：** **日 期：**  |

**高雄醫學大學健康科學院**

**醫務管理暨醫療資訊學系系主任遴選委員會**

**個人資料蒐集、處理及利用聲明暨同意書**

高雄醫學大學健康科學院醫務管理暨醫療資訊學系系主任遴選委員會(下稱本會)蒐集您的個人基本資料，並依個人資料保護法第8條規定向您告知下列事項：

1. 蒐集目的：為徵求系主任候選人辦理系主任遴選，本會將蒐集您的個人資料建檔。
2. 蒐集範圍及類別：姓名、性別、出生年月日、身分證字號、職稱、工作地址、住家電話、行動電話、通訊地址、電子郵件地址、職業、學歷及工作經驗等，詳如「高雄醫學大學系主任候選人資料表」。
3. 利用期間及地區：在本校校務所及地區（含中華民國境內及未受主管機關禁止國際傳輸之境外地區）內，除法令另有規定外，本會將於系主任遴選作業期間利用上述資料。
4. 利用對象及方式：除法令另有規定外，本會為達前述蒐集之目的，將於必要時利用您的個人資料以聯繫或通知等；亦將於必要時將您的個人資料適度提供予第三人如主管機關及其他為達蒐集之目的所需提供之機關。
5. 您得依個人資料法保護法第3條規定向本會就您的個人資料行使請求查詢、閱覽、複製、補充、更正及請求停止蒐集、處理、利用及請求刪除等權利。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

立同意書人：　　　　　　　　　　　　（簽名）

中華民國 年 月 日