馬偕醫學院名譽教授連署書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受推薦人 | 姓　名 |  |
| 職　稱 |  |
| 服務本校起訖年月 | 自 年 　 月起～至 　 年 　 月止 |
| 聯絡電話 | (O) | (H) |
| 手機: |
| 學 歷 |  |
| 經　　歷 |  |
| 具體事蹟 |  |
| 符合條款 |  |
| 連署人**（簽名）** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 備註：請檢附受推薦人電子檔CV |

中華民國　　年　　月　　日