**高雄醫學大學合聘附屬機構臨床教師進修申請表**

修訂日期：108.09.27

※具主治醫師身份之專任教師、臨床教師適用本表。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | (職號: ) | 教職  職稱 | | 選擇一個項目。 | | | 現職  單位 | | | (學院/學系) | | | | 職務  代理人 | （親簽並蓋章） |
| 到校年月 | 民國 年 月 日 | | | 任現職年月 | | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | |
| 最高學歷 | 選擇一個項目。 | | | 近3年  校內經歷 | | |  | | | | | | | | |
| **進修地點** | **國外。**選擇「國外」者，請填寫進修國家名稱： | | | | | | | | | | | | | | |
| 進修學校(機構)名稱 |  | | | | | | 進修  類別 | | | | 選擇一個項目。 | | | | |
| 系所全名 |  | | | | | |
| 申請類別 | 選擇一個項目。 （定義詳見本校教職員工進修相關法規） | | | | | | | | | | | | | | |
| 校外補助 | 選擇一個項目。。選擇「有補助」者，請填補助單位(獎學金名稱)： ，金額（新臺幣）： 。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請進修  起迄時間 | 自民國 年 月 日至民國 年 月 日止，共計 年 月。(修讀學位者起迄日期以學期8月1日-7月31日為主) | | | | | | | | | | | | | | |
| 研究主題 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 職務代理與工作安排 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 進修後對教學安排、行政工作之改善 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫院單  位主管 |  | | | | | 醫 院  副院長 | | |  | | | | | | |
| 醫 院  人資室 | （是否經附院核准/登錄情況） | | | | | 醫 院  院 長 | | |  | | | | | | |
| 學科主任  單位主管 |  | | 學系主任  單位主管 | |  | | | | 學 院  院 長 | | | |  | | |
| 教務處 | 教師前4學期授課負擔（平均授課時數/學期） | | | | | | | 人力  資源室 | | | |  | | | |
| 副校長 |  | | | | | | | 校 長 | | | |  | | | |