

**大學校院醫學教育品質認證**

**全面訪視/實地追蹤/書面追蹤審查(請擇一寫)**

**申請書**

**OO年度**

|  |  |
| --- | --- |
| **學校名稱** | **(中文)** |
| **(英文)** |
| **申請單位****名稱** | **(中文)** |
| **(英文)** |
| **醫學系主任簽章** |  **日期:** |
| **醫學院院長簽章** |  **日期:** |
| **校長簽章** |  **日期:** |
| **申請日期** | **OO年OO月OO日** |

**申請單位基本資料表**

|  |
| --- |
| **學校基本資訊** |
| **學校名稱** | **中文** |  |
| **英文** |  |
| **申請單位名稱** | **中文** |  |
| **英文** |  |
| **學校地址** |  |
| **醫學院院長** |  |
| **醫學系主任** |  |
| **聯絡人資訊** |
| **姓名** |  | **單位** |  |
| **職稱** |  | **E-mail** |  |
| **電話** |  | **傳真** |  |

註:申請單位英文名稱為認證證書欄位之參據，請務必填寫正確完整名稱。



**大學校院醫學教育品質認證**

**全面訪視/實地追蹤/書面追蹤審查(請擇一寫)**

**申請書**

**OO年度**

|  |  |
| --- | --- |
| **學校名稱** | **(中文)** |
| **(英文)** |
| **申請單位****名稱** | **(中文)** |
| **(英文)** |
| **學士後醫學系****主任簽章** |  **日期:** |
| **醫學院院長簽章** |  **日期:** |
| **校長簽章** |  **日期:** |
| **申請日期** | **OO年OO月OO日** |

**申請單位基本資料表**

|  |
| --- |
| **學校基本資訊** |
| **學校名稱** | **中文** |  |
| **英文** |  |
| **申請單位名稱** | **中文** |  |
| **英文** |  |
| **學校地址** |  |
| **醫學院院長** |  |
| **學士後醫學系主任** |  |
| **聯絡人資訊** |
| **姓名** |  | **單位** |  |
| **職稱** |  | **E-mail** |  |
| **電話** |  | **傳真** |  |

註:申請單位英文名稱欄為相關證書文件之參據，請務必填寫正確完整名稱。