**大學校院醫學教育品質認證**

**新設立醫學系/學士後醫學系第(請填入次數)次實地訪視**

**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/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** |  | | | |
| **醫學系/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** |  |