**馬偕醫學院教務處教師發展中心**

**教師訪談紀錄單**

|  |  |
| --- | --- |
| 系所名稱 |  |
| 受訪談教師姓名 |  | 職稱： |
| 訪談者姓名 |  | 職稱： |
| 訪談時間 | 中華民國 年 月 日 |
| 訪談方式 | □電話訪談 □實地訪談，地點：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 事由(課程名稱) |  |
| 訪談紀錄 |  |

受訪談教師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_訪談教師簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 教務長簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_