**馬偕醫學院教務處教師發展中心研習回饋單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **單位/職稱** | **/** |
| **研習名稱** |  |
| **舉辦日期** | 年 月 日 | **填寫日期** | 年 月 日 |
| **研習性質** | □教學助理研習 □教師研習 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **研習內容簡述：**(請填寫500字以上) |
| **研習心得分享：**(請填寫500字以上) |
| **填 寫 人 簽 章** | **教 務 處 簽 章** | **教 務 長 簽 章** |
|  |  |  |