

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院各類人員甄選登記表

報名序號：\_\_\_\_\_ 應徵部門：\_\_\_\_\_ 職稱：\_\_\_\_\_

姓名*						年齡	歲				請貼一吋半身照片
身分證字號*	聯絡電話*		( )		手機						
			( )		email						
戶籍所在地*	□□□										
通訊處*	□□□										
考試及格名稱*	考試類別	高考或乙等特考		普考或丙等特考		專門職業考試		其他			
	年度										
最高學歷*	校別	學校名稱	系科	日間部	夜間部	修業年限		畢業	肄業	學位	
	研究所					年 月 起 年 月 止					
	大學					年 月 起 年 月 止					
	專科學校					年 月 起 年 月 止					
	高中職校					年 月 起 年 月 止					
重要訓練*	訓練機關名稱	種	類	主持人姓名		訓練日期		備註			
						年 月 起 年 月 止					
重要經歷 (包括現職*)	服務機關名稱 (機關電話(必填))	職稱	最後薪額	擔任工作	起迄日期	離職原因		※工作經歷查驗 (用人單位填寫)			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止			查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止			查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止			查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
專長					外語能力	_____語，認證名稱：_____		等級(分數)：			
體格概況	是否持有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；障礙類別：_____ 級別： <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度										
身分概況	婚姻： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚；配偶姓名：_____										
	是否具有中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；是否具有外國國籍： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；具_____國國籍										
	是否有民刑事犯罪紀錄： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請述明_____										
	是否為大陸地區人民來臺定居設籍者： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；自西元_____年_____月_____日來台設籍										
	是否具原住民身分： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 山地 <input type="checkbox"/> 平地 原住民，_____族										
	是否與本院現職員工係配偶及三親等以內血親、姻親關係： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；關係：_____ 關係人姓名：_____										
簡要自述 (必填)	是否為本院現職員工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；任職於_____部門，職稱：_____。							本院現職員工 需經單位主管 同意並簽章：			
	是否為退休軍公教人員： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；原退休機關名稱：_____。										

※本表不得自行增刪欄位，另以上所填資料均屬確實，如經發現不實，願接受貴院嚴厲處分。

\*為必填欄位。

應徵人簽名：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 學經歷、證照及人事查核授權書

本人 \_\_\_\_\_ (以下稱授權人) 同意 貴院就本人所提供之人事證照 (含學歷、證書、執照)、職前工作經歷及其他依法進行之人事相關查核驗證，並擔保所提供之資料皆為本人所有，若有冒用他人身分或作假提供不實資料，願負相關法律責任。本人如未獲錄取，貴院應即銷毀繳交之個人資料。

此致

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院

授 權 人：

(簽章)

中 華 民 國 年 月 日