

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(生日： 年 月 日)			請貼一吋半身照片		
*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：										
*是否為本院現職員工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；任職於_____部門，職稱：_____。(檢附人員甄選同意書並經現職單位主管核章)										
身分證字號*		聯絡電話*	(H)	手機						
			(O)	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									
	科別									
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					
					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									
	是否為退休軍公教人員： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；原退休機關名稱：_____。									
簡要自述 (必填)										

※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