

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*							一 時 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*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
通訊處 *	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
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	
	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	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