

個人資料使用同意書

1. 本院(東元醫療社團法人東元綜合醫院)取得您的個人資料，目的在於進行人員招募等相關工作。
2. 您同意本院蒐集、處理、利用您以下類別之個人資料：
 - (1) 辨識個人者。(如：姓名、戶籍地址、通訊地址、住家電話、行動電話、E-MAIL、相片及其他任何可辨識本人之資料)
 - (2) 政府資料中之辨識者。(如：身分證統一編號、證照號碼等)
 - (3) 個人描述。(如：性別、出生年月日、國籍、籍貫、出生地等)
 - (4) 身體描述。(如：身高、體重、血型等)
 - (5) 家庭情形及其他成員細節(如：婚姻狀況、配偶資料、直系親屬、兄弟姊妹資料等)
 - (6) 執照、其他許可、資格或技術。(如：駕駛執照、行車執照、專業技術、學歷資格或特別執照等)
 - (7) 學校紀錄。(如：學校、科系、修業期間等)
 - (8) 現行之受雇情形及工作經驗。(如：公司名稱、地點、職別、擔任工作、服務期間、薪資、評價等)
 - (9) 離職經過。(如：離職日期、離職原因等)
 - (10) 健康紀錄。包括相關法令，如：勞工健康保護規則或營業衛生基準規定等之體格檢查或健康檢查等項目。
 - (11) 犯罪嫌疑資料。(如：良民證等)
 - (12) 政治團體之成員。
 - (13) 宗教信仰。
3. 您同意本院於收到應徵人員資料表後一年內皆可處理、利用您的個人資料，並同意於您成為本院員工後，繼續於本院營運期間內蒐集、處理、利用您的個人資料。
4. 應徵者個人資料僅供本院內部傳輸、使用與法令規定為處理、利用。
5. 依據個資法第三條規定，台端就本院保有個人資料得行使以下權利：
 - (1) 得查詢、請求閱覽或請求複製給複製本，而本院依法得酌收必要成本費用。
 - (2) 得請求補充或更正，惟依法台端應為適當之釋明。
 - (3) 得請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除，惟依法本院因執行業務所必須者，得不依台端請求為之。
6. 您可自由選擇是否提供本院您的個人資料，惟若不提供、或提供後請求刪除或停止處理利用而經本院核准，可能影響本院決定是否錄用之判斷、無法及時通訊聯絡等。若您所提供之個人資料，本院難以確認您的身分真實性，或查覺有資料不實之情形，本院有權停止您的報名資格、錄取資格等相關權利。
7. 本同意書如有未盡事宜，本院將依個人資料保護法或其他相關法規及其後修訂之規定辦理。
8. 您瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求，且瞭解其內容，並同意本同意書所列之事項。

此致

東元醫療社團法人東元綜合醫院

立同意書人： (簽名)
身份證字號：

中 華 民 國 年 月 日

應徵人員基本資料表

一. 基本資料:(應徵職務: _____)

頁次:1/2

應徵人員姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地		面談日期	年 月 日
身分證字號		生日		年 月 日	E-MAIL		
地 址	戶籍地址				電話		
	通訊地址				電話		
宗教信仰	<input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他					行動電話	

二. 家庭狀況:

家 屬 狀 況	稱謂	姓 名	出生年月日	服 務 機 構
			/ /	
			/ /	
			/ /	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚, <input type="checkbox"/> 未婚, 但預定_____年_____月_____日結婚 <input type="checkbox"/> 已婚(子女數_____人) <input type="checkbox"/> 鰥寡(子女數_____人) <input type="checkbox"/> 離婚, (子女數_____人)			
生育計劃	<input type="checkbox"/> 已懷孕, 預產期在 _____ 月, 生產計劃預定在 <input type="checkbox"/> 1.5 年內 <input type="checkbox"/> 3 年內 <input type="checkbox"/> 暫無			
撫育計劃	<input type="checkbox"/> 自己照顧孩子 <input type="checkbox"/> 由長輩或家人照顧孩子 <input type="checkbox"/> 請保母照顧孩子			

三. 教育背景:

畢業學校	系所科別	畢業/肄業	學制	修業期間
			<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 三專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職	年 月 到 年 月
			<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 三專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職	年 月 到 年 月
			<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 三專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職	年 月 到 年 月
證 書 執 照	<input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙醫師 <input type="checkbox"/> 護士 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 助產士 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 醫檢師 <input type="checkbox"/> 醫事放射師 <input type="checkbox"/> 輻射防護人員證書 <input type="checkbox"/> 社工師 <input type="checkbox"/> 營養師 <input type="checkbox"/> 物理治療師(生) <input type="checkbox"/> 職能治療師(生) <input type="checkbox"/> 呼吸治療師 <input type="checkbox"/> 呼吸治療訓練證書 <input type="checkbox"/> 語言治療師 <input type="checkbox"/> 聽語師訓練證書 <input type="checkbox"/> 病理醫檢師 <input type="checkbox"/> 細胞醫檢師 <input type="checkbox"/> 感染管制醫檢師 <input type="checkbox"/> 感染管制師 <input type="checkbox"/> 疾病分類人員證書 <input type="checkbox"/> 病患服務員證書 <input type="checkbox"/> 專科: _____ <input type="checkbox"/> 次專科: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____			

四. 工作經歷: 無, 應屆畢業人員 非應屆。 有, 請於下表列出最近三個工作經歷下所表列。

服務機構	任職單位	職稱	期間	待遇	離職原因
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
			年 月 ~ 年 月		
是否曾接受特殊專長訓練? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(請填下表)					
特殊訓練					
受訓機構					
訓練期間	年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月		年 月 ~ 年 月

五. 應徵工作事項:

希望待遇	元/月	最低可接受待遇	元/月; 或 <input type="checkbox"/> 依院方規定
------	-----	---------	---------------------------------------

1. 希望任職單位優先順序:1. _____ 2. _____ 3. _____

2. 是否需要為您準備宿舍? 否 是, 您最快可以上班日期: _____年_____月_____日

3. 您目前是否仍在職中? 否, 是, _____年_____月_____日為最後一天上班日, 預定於_____年_____月_____日離職。

4. 若您經本院錄取, 須於多少天前通知您, 以利您準備前來本院上班之相關事宜? 正式上班日前_____日通知您。

5. 您對應徵工作班別安排期望: 常日班 白班 小夜班 大夜班 可配合班別安排

6. 升學進修計劃: 一年內升學或考試計劃 沒有。 有, 請說明: _____

7. 兵役狀況 (女性免填): 免役 陸軍 空軍 海軍 國民兵。服役期間: _____年 _____月至 _____年 _____月

8. 語言能力: (1)國語: 聽 說 寫。(2)台語: 聽 說。(3)英文: 聽 說 寫。(4)客語: 聽 說。
(5)其他: _____

9. 電腦操作能力, 本人會操作以下幾種軟體。(可複選)
WINDOWS WORD EXCEL POWERPOINT 中文輸入每分鐘_____字左右 網頁製作 設立網站
組合語言, 說明: _____ INTERNET 及 OUTLOOK 使用 MAC COREL DRAW
英文打字 其他, 請說明: _____

10. 您主要使用何種輸入法來鍵入中文? (單選)
倉頡 注音 大易 行列 自然 羅馬拼音 無蝦米 蒙恬筆簡 其他 _____

11. 您是否具有汽機車駕駛執照?
(1)汽車 無
有(小客車 職業小客車 大卡車 大客車 聯結車。)
(1.1)您是否能夠自行開車上下班? 可以 有駕照但很少開上路。
(2)機車 無
有(重型 輕型)

12. 請問您是以何種方式得知本院正在招募您應徵的職位?
徵才網站: _____ 本院招募網站 親友介紹: _____ 其他: _____

13. 請問您是否具備以下身分: 否 是
1. 身心障礙者 (領有身心障礙手冊) 2. 原住民 (註記原住民身分之戶籍謄本)

14. 警察紀錄
無
有: 刑事紀錄說明 _____ 發生日期: _____年_____月_____日
處理狀況 緩刑 假釋 易科罰金 服刑完畢

15. 以下請您確實回答下列有關你個人的健康狀況。
(1)您的身高: _____公分 體重: _____公斤 有無近視或遠視: 無, 有(近視約 _____度, 遠視約 _____度)
(2)去三年內是否曾因接受健康狀況有異常情形(生、心理)而接受其他檢查或治療?
否 是, 說明: _____
(3)過去二年內是否曾因受傷或生病住院檢查、治療七日以上?
否 是, 說明: _____
(4)是否已接種 COVID-19 疫苗第 3 劑:
是 _____年 _____月 _____日 否, 說明: _____

16. 本院為無菸檯環境, 室內及室外全面禁菸檯, 謹遵守禁菸檯相關法規。

17. 本人慎重聲明以上所填各項均屬實, 同意 貴院於必要時, 得向本人原任職單位/畢業學校進行信用查核, 若有虛偽表示, 使 貴院誤信而遭受損害者, 本人同意無條件接受貴院免職。

此致
東元醫療社團法人東元綜合醫院

應徵人簽名: _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人已充份瞭解應徵職務之薪資、福利事項及單位業務內容。
應徵人簽名: _____ 日期: _____年 _____月 _____日