



# 大千健康醫療體系 應徵人員人事資料表

## ●個人資料 (以下所有欄位均需填寫，如無相關資料請填“無”)

應徵院區	應徵單位/職稱		相片黏貼處	
中文姓名	英文姓名			
身分證號碼	護照號碼(外國籍)			
出生年月日	西元 年 月 日	血型		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB
國籍		性別		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 子女數_____			
戶籍電話		行動電話(1)		
現址電話		行動電話(2)		
戶籍地址				身高
現居地址				體重
緊急聯絡人	姓名：	關係：	電話：	
住宿需求	<input type="checkbox"/> 需要 <input type="checkbox"/> 不需要		抽菸 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
兵役狀況	<input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 未役 <input type="checkbox"/> 役畢：_____年_____月		Email/line/IG	
可配合班別	<input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 日班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 大夜班 <input type="checkbox"/> 假日班		領有殘障手冊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有-級別：	
			是否為原住民 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是-族群：	

## ●學歷 由最高學歷依序往下三級

教育程度	學校名稱 (請註明:日.夜.學分)	主修 (科/系/所)	地點	起訖年月 (__年/__月~__年/__月)	畢/肄業/ 進修中

Thesis/Dissertation/Paper 研究論文或專題名稱：

## ●工作經驗 請由最近一個工作列起

服務公司	職務	工作內容	From 自	To 止 (預計離職日)	平均月薪	離職原因
			年 月	年 月		
			年 月	年 月		
			年 月	年 月		
			年 月	年 月		

## ●證照

證書/執照	證書字號	證書日期	證書/執照	證書字號	證書日期

## ●人事檔

人資室 填寫	員工編號		報到日		勞保	
	單位(代碼)		離職日		健保	
	識別証號					

專業證書正本 畢業證書影本 身分證影本 戶口名簿影本 薪轉存摺影本 印章 良民証 入會申請書



# 大千健康醫療體系 應徵人員人事資料表

## ●特殊專長、技能、得獎記錄、興趣

(1)	(3)
(2)	(4)

## ●家庭成員

稱謂	姓名	出生年份	職業	稱謂	姓名	出生年份	職業

## ●外語及母語能力 請標明程度：1.優 2.好 3.可用 4.少許 5.不會

外語及母語	聽	說	讀	寫	備註	外語及母語	聽	說	讀	寫	備註
英語						客語					
日語						台語					

## ●入職概況

如何得知職缺	<input type="checkbox"/> 親友推薦 <input type="checkbox"/> 本院員工推薦 <input type="checkbox"/> 網路人力銀行:_____ <input type="checkbox"/> 醫院網站 <input type="checkbox"/> 大千醫訊 <input type="checkbox"/> 其他:_____											
推薦人	姓名：	關係：				電話：						
有無 親戚/朋友 在本體系工作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：		部門：		關係：							
可開始上班日	_____年_____月_____日					<input type="checkbox"/> 其他日：_____						
最低可接受薪資	月薪：_____萬_____仟元					其他：						
意願單位(限護理人員)	1.			2.			3.					
請列舉兩位能提供您的品德及能力等資料的人士												
姓名	關係	任職機構				職稱	電話					

- ▲ 本人知悉並同意大千健康醫療體系，含大千健康醫療體系各醫院、基金會、診所及醫療站【以下簡稱本體系】取得您的個人資料，目的在於招聘本體系人才或錄取後的運用，在個人資料保護法及相關法令規定下，依本體系隱私權保護政策，蒐集、處理及利用您的個人資料。
- ▲ 您可依需要提供以下個人資料：包含姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、聯絡地址、聯絡電話、學歷、專業證照、健康記錄、家庭成員資料、興趣、專長、學校或工作經驗、推薦人、犯罪嫌疑資料...等。
- ▲ 您同意以您所提供的資料進行驗證，與您進行連絡、評估聘僱資格，並將您的資料轉介至本體系各醫院、診所及醫療站，以及其他隱私權保護政策規範下之使用，如經錄取，在您任職期間可以繼續蒐集、處理、利用，如未獲錄取，上述所提供的資料可以提供本體系於招募目的下繼續使用。
- ▲ 您可依個人資料保護法，就您的個人資料向本體系申請以下請求，但本體系基於營運須要，有准駁之權利：(1)請求查詢或閱覽、(2)製給複製本、(3)請求補充或更正、(4)請求停止蒐集、處理及利用、(5)請求刪除。
- ▲ 所提供的資料如包含第三人的個人資料時，已確認該第三人已知悉且同意本同意書所載之相關事項及權利。
- ▲ 您可選擇是否提供本體系您的個人資料，但若您所提供之個人資料有填寫不完整、虛偽不實、經檢舉或本體系發現不足以確認您的資料真實性，本體系有權終止您錄取或日後受聘資格。
- ▲ 無論您是否參加本體系面試，本體系都將保留您所提供的資料。
- ▲ 您瞭解此一同意符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本體系蒐集、處理及利用您的個人資料之效果。
- ▲ 本同意書如有未盡事宜，悉依個人資料保護法或其他相關法規辦理。
- ▲ 本人已詳細閱讀本表各項說明及填寫相關內容，並同意院方查核本表內所填各項資料，如有虛報情事願受無條件終止聘僱處分。
- ▲ 為節省您寶貴的時間，建議您先行印出並簽名後，帶至本體系交予管理師，謝謝。

應徵者簽名 Signature：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

「電子履歷」請寄至 dachien.hr@outlook.com (郵件主旨註明：應徵職務-姓名)

「書面履歷」請郵寄至 360 苗栗縣苗栗市恭敬路 36 號 (人力資源室 收) 電話：037-357125 分機 48015