

姓 名		性 別		年 齡	____ 歲(____ 年____ 月____ 日)			照 片
		聯 絡	(H)	(手 機)				
		電 話	(O)	(e-mail)				
通 訊 處								
專 業	證 書 名 稱		證 書 字 號		發 證 日 期			
證 照								
學 歷	校 別	學 校 名 稱	系 科	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				
參 加 重 要 訓 練	訓 練 機 關 名 稱	種 類	訓 練 日 期		備 註			
			年 月 起 年 月 止					
			年 月 起 年 月 止					
重 要 經 歷	服 務 機 關 名 稱	職 稱	最 後 薪 額	擔 任 工 作	起 迄 日 期	離 職 原 因		
					年 月 起 年 月 止			
					年 月 起 年 月 止			
					年 月 起 年 月 止			
是否配合輪班	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否配合單位調動		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
專 長				語言能力	精	通	略	
				語				
				語				
健 康 概 況	是否有特殊身體疾病或精神病史： ____無，____有，請簡要說明：			是否持有身心障礙手冊	否		是	
					障礙類別：			
身 分 概 況	婚姻：____婚； 兵役：____役畢，____待役，____免役 1. 是否有親友在本院工作：____、____ 2. 可安排面談期間：____年____月____日 至 ____年____月____日							
本人謹此授權「沙爾德聖保祿修女會醫療財團法人聖保祿醫院」得就此應徵人員基本資料表中所提供之陳述與個人資料內容之正確性進行確認。本人充分瞭解在此應徵人員基本資料表所為之一切陳述如有虛偽、不實、將足以構成終止聘僱合約之事由，並賠償醫院因此所受之損失。 本人同意為招募聘用、人事管理及業務執行之目的，在符合個人資料保護相關法令之範圍內，蒐集、處理、利用本人已經提供及未來將提供的個人資料，並得於特定目的消失後保存至少五年。 簽 名：日期：								

自傳：(請詳述)