

# 履歷表

姓名			英 文 姓 名 (姓氏在前)				性 別		請粘貼最 近二寸半 身正面脫 帽彩色光 面照片
國民身 分證統 一編號			出生 日 期	民 國 年 月 日					
是否有介紹人(請寫出全名)			<input type="checkbox"/> 是：_____ <input type="checkbox"/> 否						
通訊處	戶籍地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) 縣(市)            鄉(鎮市區)            村(里)            鄰 路(街)    段      巷    弄    號    樓							
		現居住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號) 縣(市)            鄉(鎮市區)            村(里)            鄰 路(街)    段      巷    弄    號    樓						
	電子郵件 信箱								
緊急 通知人	姓 名		關 係				電 話 號 碼	住宅：( ) 手機：	

## 學 歷

學 校 名 稱	院 系 科 別	修業年限		畢 業	結 業	肄 業	教育程度 (學位)	證書日期文號
		起(年、月)	迄(年、月)					

## 工 作 經 歷

任職機關(公司行號)名稱	職務(工作)名稱	起迄年月

想去的單位/科別：1.

2.

3.

您好：本院為健康促進醫院，以下生活習慣與健康狀態調查需要您配合填寫。

1、抽菸習慣： 沒有 現在沒有但過去有 目前還有，一天 \_\_\_\_\_ 支

2、喝酒習慣： 沒有 現在沒有但過去有 目前還有，一天 \_\_\_\_\_ 杯

3、檳榔習慣： 沒有 現在沒有但過去有 目前還有，一天 \_\_\_\_\_ 顆

4、藥物習慣： 沒有

現在沒有但過去有，藥物名稱：\_\_\_\_\_

目前還有，藥物名稱：\_\_\_\_\_

5、睡眠品質： 很好入睡，沒有失眠的經驗  
(可複選)

不易入睡 偶爾會失眠

很難入睡 失眠嚴重 需依靠藥物幫助

6、慢性疾病： 沒有

有，診斷：\_\_\_\_\_

沒有固定追蹤治療 有固定追蹤治療

7、手術史： 沒有

有，診斷：\_\_\_\_\_

8、是否懷孕： 沒有

有，週數：\_\_\_\_\_

9、其    他：

簽名：\_\_\_\_\_