

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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (郵遞區號) 縣 (市) 鄉 (鎮市區) 村(里) 鄰 路 (街) 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | 電 話 號 碼 | 住宅：() 手機： 公：() |
| | 現 居 住 所 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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： 公：() | |
| 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：_____