

臺大癌醫中心分院各類人員甄選登記表 報名序號：_____ 應徵部門：_____ 職稱：_____

姓名			性別		年齡	歲(西元 年 月 日 生)			請貼 一吋半身照 片	
身分證 字 號			聯絡 電 話	(H)			手 機			
戶籍所 在 地	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
通訊處	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
考 試 及 格 名 稱	考 試 類 別	高 考 或 乙 等 特 考		普 考 或 丙 等 特 考		專 門 職 業 考 試		其 他		
	年 度									
	科 别									
學 歷	校 别	學 校 名 稱		系 科	日 間 部	夜 間 部	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			
重 要 訓 練	訓 練 機 關 名 稱	種 類		主 持 人 姓 名		訓 練 日 期	備 註			
						年 月 起 年 月 止				
						年 月 起 年 月 止				
(包括現職) 重 要 經 歷	服 务 機 關 名 稱 (機關電話(必填))	職 称	最 後 薪 額	擔 任 工 作	起 迄 日 期	離 職 原 因	※ 工 作 經 歷 查 驗 (用 人 單 位 填 寫)			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止		查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止		查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
	名稱： 電話：				年 月 起 年 月 止		查驗人： 日期及時間： 詢問對象：			
	專 長				外 語 能 力	語，認證名稱：			等級(分數)：	
體 格 概 況	身高 公分；體重 公斤									
	是否持有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；障礙類別：					級別： <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
身 分 概 況	是否具有中華民國國籍： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否；是否具有外國國籍： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；具 國國籍									
	是否為大陸地區人民來臺定居設籍者： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；自西元 年 月 日來台設籍									
	是否與本院現職員工係配偶及三親等以內血親、姻親關係： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；關係： 關係人姓名：									
	是否為本院現職員工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；任職於 _____ 部門，職稱： _____ 。							本院現職員工 需經單位主管 同意並簽章：		
	是否為退休軍公教人員： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；原退休機關名稱： _____ 。									
簡 要 自 述 (必填)										
志願 科別 排序	腫瘤 內科	綜 合 內科	血腫/骨髓 移植病房	外 科 病 房	外 科 加 護 病 房	內 科 加 護 病 房	手 術 室	急 診	可上班日期： 年 月 日	
									在臺大醫院/癌醫實習單位：	

※本表不得自行增刪欄位，另以上所填資料均屬確實，如經發現不實，願接受貴院嚴厲處分。

應徵人簽名：_____ 填表日期：____年____月____日

學經歷、證照及人事查核授權書

本人 _____ (以下稱授權人) 同意 貴院就本人所提供之人事
證照（含學歷、證書、執照）、職前工作經歷及其他依法進行之人
事相關查核驗證，並擔保所提供之資料皆為本人所有，若有冒用他
人身分或作假提供不實資料，願負相關法律責任。本人如未獲錄
取，貴院應即銷毀繳交之個人資料。

此致

國立臺灣大學醫學院附設醫院癌醫中心分院

授 權 人：

(簽章)

中 華 民 國 年 月 日

請黏貼身分證「正面」影印本	請黏貼身分證「反面」影印本

應徵資料請依序整理，並以迴紋針固定於左上角（勿使用訂書機）

■甄選登記表(請貼妥照片並於登記表下方簽名)

■學經歷、證照及人事查核授權書(簽名)

■國民身分證正、反面影本

■成績單(含排名)

■證照影本（無可免附）