

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				
					(O)		e-mail				
戶籍所 在 地	□□□										
通訊處	□□□										
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 別										
學 歷	校 別	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				
重要 經歷 （包括現職）	服務機關名稱 （機關電話(必填)）		職 稱	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：□否 □是；障礙類別：_____ 級別：□重度□中度□輕度										
身 分 概 況	是否具有中華民國國籍：□是 □否；是否具有外國國籍：□否 □是；具 _____ 國國籍										
	是否為大陸地區人民來臺定居設籍者：□否 □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：□否 □是；關係：_____ 關係人姓名：_____										
	是否為本院現職員工： □否 □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：□否 □是；原退休機關名稱：_____。										
簡 要 自 述 (必填)											
志 願 科 別 排 序	內科 病房	外科 病房	血液腫 瘤病房	骨髓移 植病房	加護 病房	手術室	化學治療 室	可上班日期： 年 月 日			
								曾在臺大醫院實習單位：			

※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