

臺大醫院代招 SCTC 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)			email				
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	婚姻： ☐ 未婚 ☐ 已婚；配偶姓名：									
	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									
	是否有民刑事犯罪紀錄： ☐ 否 ☐ 是，請述明									
	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									
	是否具原住民身分： ☐ 否 ☐ 是 ； ☐ 山地 ☐ 平地 原住民， _____ 族									
	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)										

※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