

# 中國醫藥大學附設醫院

## 中國醫藥大學附設醫院暨體系院所面試記錄表

姓名	年齡	歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
出生日期	年	月	日	Email(必填)		
聯絡電話	住家： 手機：	身分證號 (居留證號)				
求職身份	<input type="checkbox"/> 一般求職者(在職及待業) <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 具身障資格					
學制	<input type="checkbox"/> 醫學系 <input type="checkbox"/> 中醫系雙主修 <input type="checkbox"/> 學士後醫學系					
通訊地址						
戶籍地址						
學歷 (請附影本)	學校名稱	科系	學制	入校年月	畢業年月	就讀情形
	最高：					
	次高：					
工作經歷 (請附證明)	服務機構名稱	部門	職稱	到職年月	離職年月	年資
專業證書 (請附影本)	證書名稱	證書字號	有效起日	有效迄日	備註	
部定教職	<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師					
急救證書	<input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ACLS <input type="checkbox"/> PALS <input type="checkbox"/> NRP <input type="checkbox"/> 其他：					
兵役狀況 (女性免填)	<input type="checkbox"/> 已確定需服兵役( <input type="checkbox"/> 欲申請緩徵、 <input type="checkbox"/> 不申請緩徵) <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 現役/役畢(請註明退伍時間：民國 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 體位判定中 <input type="checkbox"/> 僑生(居留期：民國 年 月 日)					
曾任職本院或體系醫院：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，任職單位：					
註：請勿任意修改或刪除以上欄位，資料請據實填寫完整。						

一寸照片1張  
(請直接黏貼於此)

### 同意查驗資料授權書

姓名	身分證字號	聯絡電話
<p>本人因應徵中國醫藥大學附設醫院暨體系院所(以下簡稱中國附醫)之相關職務，茲同意授權中國附醫得以查核本人現在或過去學、經歷與證照資料之正確性及完整性。中國附醫為此得蒐集、處理與利用該查核後所獲取之本人個人資料，做為徵才評估之用。本人亦同意授權記錄表所列本人曾服務機構，就中國附醫徵詢之人事背景問題，得揭露或提供與本人相關之個人資料予中國附醫。</p>		
填表人簽名(務必親簽)		填表日期 年 月 日