

中國醫藥大學附設醫院及所屬分院暨合作支援院所面試紀錄表

姓名		年齡	歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<p align="center">請浮貼 兩吋大頭照 (近三個月脫帽)</p>	
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)						
求職身分	<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"/> 身心障礙者							
通訊地址								
戶籍地址								
(請檢附證明文件影本)	學 歷	等 別	學校名稱		科系	入校年月	畢業年月	就讀情形
		博 士						
		碩 士						
		學 士						
	工 作 經 歷	服務機構名稱		部門	職稱	到職年月日	離職年月日	年資
	專 業 證 書	證書名稱		證書字號	有效起日	有效迄日		備註
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	<input type="checkbox"/> 待役 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 役畢(役畢者請註明退伍時間：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。								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">(正面)</div> <div style="width: 45%;">(反面)</div> </div> <p align="center">(請黏貼個人身分證影本正、反面一份)</p>								

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及所屬分院暨合作支援院所(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歷、經歷、證照、特殊訓練及體檢報告(含新冠肺炎疫苗、健康證明)等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，作為任用評估之用，並同意授權上述發證機構(人員)得揭露或提供與本人相關之資料予中國附醫。</p>				
<p align="center">同意人簽名：</p>		<p align="center">(務必親簽) 填表日期 年 月 日</p>		