

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	請浮貼 兩吋大頭照 (近三個月脫帽)	
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。								

(請黏貼個人身分證影本正、反面一份)

(正面)

(反面)

同意查驗資料授權書

姓名		身分證字號		聯絡電話	
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。					
同意人簽名：			(務必親簽) 填表日期 年 月 日		