

姓名*												一寸半身照片		
*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： (檢附人員甄選同意書並經現職單位主管核章)														
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													
最高學歷*	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	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													
	是否具有民刑事犯罪紀錄： ☐ 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。
*為必填欄位。

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新竹臺大分院

授 權 人： _____ (簽章)

中 華 民 國 年 月 日