

**臺中榮民總醫院招訓 114 年度住院醫師報名表**

應徵科別：

應徵住院醫師級別：☐ 第一年住院醫師 ☐ 第 年住院醫師

|                 |                                                                                                                                |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|
| 中文姓名            |                                                                                                                                |      |                                                                          | 就學身分           | <input type="checkbox"/> 自費生<br><input type="checkbox"/> 輔導會公費生<br><input type="checkbox"/> 衛福部公費生<br><input type="checkbox"/> 軍費生 |      |   |
| 身分證字號           |                                                                                                                                |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 出生日期            |                                                                                                                                | 國籍   | <input type="checkbox"/> 僅具中華民國國籍<br><input type="checkbox"/> 兼具外國國籍 ( ) | 性別             | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                              |      |   |
| 通訊地址            |                                                                                                                                |      |                                                                          |                | (黏貼照片)                                                                                                                             |      |   |
| 聯絡電話            | 手機： 住家：( )                                                                                                                     |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| E-mail          | (請以正楷填寫)                                                                                                                       |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 兵役<br>(女性及僑生免填) | <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 已役 <input type="checkbox"/> 役中: 退伍日期： 年 月 日                               |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 退除役官兵           | <input type="checkbox"/> 是 (請附證明文件影本，並勾選下列支領方式)<br>【 <input type="checkbox"/> 退休俸 (如經錄取，需主動辦理停俸) <input type="checkbox"/> 退伍金】 |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
|                 | <input type="checkbox"/> 否                                                                                                     |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 身心障礙人員          | <input type="checkbox"/> 是 (請檢附身心障礙手冊) <input type="checkbox"/> 否                                                              |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 原住民             | <input type="checkbox"/> 是 (請檢附證明文件影本) <input type="checkbox"/> 否                                                              |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 學歷              | 畢業學校                                                                                                                           |      |                                                                          | 科系             |                                                                                                                                    | 畢業年度 | 年 |
|                 |                                                                                                                                | 畢業成績 |                                                                          | 名次/總人數         | /                                                                                                                                  |      |   |
|                 | 見習醫院                                                                                                                           |      |                                                                          | 期間             | 年 月 日至 年 月 日                                                                                                                       |      |   |
| 實習醫院            |                                                                                                                                |      | 期間                                                                       | 年 月 日至 年 月 日   |                                                                                                                                    |      |   |
| 經歷              | 服務機關                                                                                                                           |      | 科別／職務                                                                    |                | 服務期間                                                                                                                               |      |   |
|                 |                                                                                                                                |      | PGY                                                                      |                | 年 月 日至 年 月 日                                                                                                                       |      |   |
|                 |                                                                                                                                |      | ／R                                                                       |                | 年 月 日至 年 月 日                                                                                                                       |      |   |
|                 | 註：請檢附所有服務機關離職證明或在職證明，若目前尚無工作，請填寫待業中                                                                                            |      |                                                                          |                |                                                                                                                                    |      |   |
| 醫師(牙醫師、中醫師)證書   | 字第 號<br>(如係牙醫、中醫應屆畢業生免填)                                                                                                       |      |                                                                          | 可到職日期<br>(參考用) | 年 月 日                                                                                                                              |      |   |

◎請再次確認您繳交的證件影本：(請以 A4 紙張大小列印，並依序於左上方裝訂)

1. 報名表 (含自傳) 2. 畢業證書影本 3. 考試及格證書影本 4. 醫師證書影本 5. 身分證正反面影本 6. 在學成績單 7. 實習證明、PGY 完訓 (在訓) 證明或在職證明 8. 兵役證明 9. 其他 (在學期間參加活動紀錄、獎懲紀錄、視招訓部科要求繳交)

註：中醫學系需領有西醫證書方可參甄式；通訊地址及聯絡電話請詳細填寫。

◎本人應徵臺中榮總住院醫師職務，所填報資料及所附證件無不實情事，如有不實記載，願負相關法律責任。

報考人簽名：\_\_\_\_\_

# 自 傳

(撰寫內容：個人人格特質、家庭成員、在學參與社團(有無擔任幹部)、特殊經歷、為何選擇○○科住院醫師、未來規劃…等)



