

阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院 _____ 年度各級醫師申請表

應徵職別： <input type="checkbox"/> 住院醫師 <input type="checkbox"/> 主治醫師				
應徵科別：① _____ 科 ② _____ 科 ③ _____ 科				
一、基本資料				
姓名		英文姓名		照片 (勿用生活照及 超過3個月內照片)
出生年月日		身分證字號		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚	
聯絡電話		手機		
E-mail				
緊急聯絡人		緊急聯絡人電話		
戶籍地址				<input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 汽車停車位
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址			
國籍	<input type="checkbox"/> 臺灣 <input type="checkbox"/> 外國國籍，國別：	原住民身分	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，族名：	
兵役	<input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 替代役 <input type="checkbox"/> 現役，預定於 _____ 年 _____ 月 _____ 日退伍			
醫師證書	字號：_____			
專科醫師證書	_____ 科，字號：_____			
次專科醫師證書	_____ 科，字號：_____			
教師資格	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 教授			
二、學經歷				
學校名稱	科系	學制	修業期間	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
			年 月 ~ 年 月	
實習醫院		期間	年 月 ~ 年 月	
PGY 受訓醫院		期間	年 月 ~ 年 月	
經歷 (包括現職)	服務醫院	職稱	職等	起訖日期

備 註	<p>應繳資料：(影本請用 A4 格式，並依序裝訂於左上角)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 醫師申請表 2. <input type="checkbox"/> 中華民國國民身分證正反面影本 3. <input type="checkbox"/> 本國醫師證書影本 4. <input type="checkbox"/> 畢業證書影本 5. <input type="checkbox"/> 役畢、免役、現役或替代役(補充兵)之有關證明文件 6. <input type="checkbox"/> 醫策會核發之 PGY 訓練結訓證明書(<input type="checkbox"/>訓練中，尚未取得) 7. <input type="checkbox"/> 現(原)任職機構服務(離職)證明(應徵 R2 或 R3 者務必檢附) 8. <input type="checkbox"/> 其他(推薦函、證照、論文著作、獎懲記錄…) <p>※為維護您的權益，請於報名前再次確認以上應附證件，依序裝訂後逕寄 (802)高雄市苓雅區成功一路 162 號，阮綜合醫療社團法人阮綜合醫院 院長室 收</p>
<p>1.本人在此慎重聲明以上所填各項均屬實，同意 貴院於必要時，得向本人原任職單位/畢業學校進行資料查驗。</p> <p>2.本表各項資料經甄試錄取後，若有虛偽或隱瞞之事，一經查獲且屬實，本人無條件接受醫院人事管理辦法第七十四條規定終止契約。</p> <p style="text-align: right;">本人簽名：_____ 填表日期： 年 月 日</p>	

甄審評核

聘 期	自 年 月 日起至 年 月 日止				
甄 審	科主任	部主任	內、外科 醫療副院長	院 長	董事長
	<input type="checkbox"/> 職等 _____ <input type="checkbox"/> 薪資 _____ 簽名：				