

台灣中油公司大林煉油廠 約聘醫師報名表

姓名		英姓 文名		請粘貼最近二寸半身正面脫帽彩色光面照片			
國民身分證統一編號		出生日期	民國 年 月 日				
性別		外國籍	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 國籍: _____				
通訊處	戶籍地	縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
	現居所	縣(市) 鄉(鎮市區) 村(里) 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
	電子郵件信箱						
緊急通知人姓名		關係		電話號碼	住宅: () 手機:		
學			歷				
學校	院系科別	修業年限				畢業 肄業	教育程度 (學位)
		起(年、月)		迄(年、月)			
考			試				
年度	考試	類 科		證書日期文號			
專 科 醫 師 證 書							
類 科	字 號		有 效 期 限				

經 歷	服務機關	職稱	起 訖 年 月		
			自 年 月 日	起至	年 月 日
			自 年 月 日	起至	年 月 日
			自 年 月 日	起至	年 月 日
			自 年 月 日	起至	年 月 日
			自 年 月 日	起至	年 月 日
兵 役					
役 別		軍 種		官(兵)科	
退 伍 軍 階		服 役 期 間	起： 年 月 日 迄： 年 月 日	退伍令字號	
身心障礙註記： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			原住民族註記： <input type="checkbox"/> 平地 <input type="checkbox"/> 山地 / 族別：		
簡 要 自 述					

填表人簽名：_____

中 華 民 國 年 月 日