



## 二期牙醫畢業後一般醫學訓練學員 申請表

\*請填粗線以內資料

填表日期： 年 月 日

|                |  |     |        |   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
|----------------|--|-----|--------|---|--------------|--------------|--|-------|--|--|----------|----------------|------------------------------|
| 申請人<br>身分      | <input type="checkbox"/> 非應屆畢業生 <input type="checkbox"/> 應屆畢業生 <input type="checkbox"/> 國外醫學系  |     |        |   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 中文姓名           |  |     |        | 身份證字號<br>(居留證號)   |              |              |  |       |  |  |          | 請貼<br>二吋<br>照片 |                              |
| 性 別            | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  |     | 出生日期   | 年 月 日   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 兵 役            | <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 已役 <input type="checkbox"/> 申請緩徵<br><input type="checkbox"/> 役中(必填退伍日期) <input type="checkbox"/> 僑生 |     |        | 退伍日期  | / /          |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 通訊地址           |  |     |        |   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 聯絡電話           | 手機：  |     |        | 住家：   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 應徵<br>年度       |  |     | E-mail |   |              |              |  |       |  |  |          | 就學<br>身份       | <input type="checkbox"/> 自費生 |
|                |  |     | 國籍     |   |              |              |  |       |  |  |          |                | <input type="checkbox"/> 公費生 |
| 學              | 畢業學校   |     |        |   |              |              |  |       |  |  | 畢業<br>年度 | 年 月            |                              |
|                | 科 系  |     |        |   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 歷              | 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<br><br>歷     | 服 務 機 關  | 職 務 |        | 服 務 起 迄   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
|                |  |     |        |   | 年 月 日至 年 月 日 |              |  |       |  |  |          |                |                              |
|                |  |     |        |   | 年 月 日至 年 月 日 |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 面試最佳時間         |  |     | 年 月 日  |   | 可以報到日期       |              |  | 年 月 日 |  |  |          |                |                              |
| 考試院考試及格證書 字第 號 |  |     |        | <input type="checkbox"/> 取得 醫師證書 醫字第 號<br><input type="checkbox"/> 尚未取得醫師證書 |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |
| 申請人簽名：         |  |     |        |   |              |              |  |       |  |  |          |                |                              |

備註：1. 請詳細填寫此申請表，並依本院招募簡章規定方式完成作業。

2. 郵寄地址：92842 屏東縣東港鎮中正路一段 210 號 教研部 李盈逸先生收。

二年期牙醫畢業後一般醫學訓練學員

自 傳

(表格不足請自行增列)



二年期牙醫畢業後一般醫學訓練學員  
文件清單

|  |     |       |     |
|--|-----|-------|-----|
| 身分證字號：   | 姓名： | 性別：   | 國籍： |
| 畢業學校：  |     | 畢業學系： |     |
| 1. <input type="checkbox"/> 申請表、自傳(300 字以內)乙份<br>2. <input type="checkbox"/> 成績單影本<br>3. <input type="checkbox"/> 身分證影本<br>4. <input type="checkbox"/> 畢業證書影本<br>5. <input type="checkbox"/> 考試院考試及格證書影本<br>6. <input type="checkbox"/> 醫師證書影本<br>7. <input type="checkbox"/> 兵役證明文件<br>8. <input type="checkbox"/> 外僑證明文件<br>9. <input type="checkbox"/> 國外醫學系畢業生證明文件<br>10. <input type="checkbox"/> 公、軍費生證明文件 |     |       |     |

◎請再次確認並勾選您繳交的證件：(必填)