



# 歡迎加入我們

教學 | 研究 | 服務

親愛的求職者您好：  
我們具備一流的高品質醫學中心環境  
高醫是您最佳選擇環境  
誠摯邀請您加入我們的行列

## 應徵方式：

- 您可以透過以下幾種方式，選擇您心目中理想的職缺：
- 誠徵各類人才請參閱網站：  
<http://www.kmuh.org.tw/index.asp>  
<http://www.kmuh.org.tw/www/person/>  
<http://www.104.com.tw>
- 如您對職缺有意者歡迎投履歷表(本院公告履歷表下載)**”\*”**號紅色標題欄位為必填，請依醫院履歷表格填寫勿自行修改。
- 應徵方式：需將「電子履歷**1**份」及「書面資料**2**份」一併寄送，才算報名完成。
  - (1)電子履歷請投送至 [apply@ms.kmuh.org.tw](mailto:apply@ms.kmuh.org.tw) (履歷檔案限制於**1MB**以內，否則將無法開啟檔案資料)
  - (2)書面履歷表(需簽名)請寄送至高雄市三民區自由一路**100**號 人力資源室 黃小姐收。(或親自送交亦可)
  - (3)「電子履歷」:郵件主旨:姓名+應徵職務  
傳送時於郵件主旨註明姓名及應徵項目
  - (4)「書面資料」:為響應環保節能減碳，請依醫院提供格式，將書面履歷表以**A4**格式正反面成**一張**。(畢業證書及專業證書等文件不需附出，於面試當天攜帶正本查核即可)。
- 電子郵件+書面資料報名期限以截止日之上班時間為限。(w1~w5 17:00pm)本招募作業採電子郵件通知或網路公告，應徵者請隨時注意電子信箱或網路公告訊息。
- 逾期、履歷表格式錯誤及填寫不完整、未依規定、資格不符合者均不受理與退件。  
**截止日前醫院需同時收到『書面履歷表』及『電子郵件履歷表』二種資料才算報名完成，其中一項逾期均不予受理**
- 請詳閱招募公告需求條件及應徵方式。
- 如有任何問題，請來電詢問：07-3121101 轉 5200 黃小姐





# 高雄醫學大學附設中和紀念醫院

Kaohsiung Medical University Chung-Ho Memorial Hospital

## 應徵履歷表

### 【技術人員類職缺】

一.基本資料:(請務必留意:以A4格式雙面列印成一張(勿單面列印)並簽名)

應徵職稱	依公告職缺填寫未註明不予受理				編號	(人資填寫)	
應徵人員姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地	填表日期	/ /		
身份證字號	生日	年 月 日 ( )歲			* (限250KB以內) 照片 (勿用生活照)		
地籍地址	*聯絡電話(日)						
通訊地址	*聯絡電話(夜)						
*行動電話	*e-mail						
*緊急聯絡人	關係	*行動電話: /電話( )					
*婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚, <input type="checkbox"/> 未婚,但預定__年__月__日結婚 <input type="checkbox"/> 已婚(子女數__人,但目前懷孕__週) <input type="checkbox"/> 鰥寡(子女數__人) <input type="checkbox"/> 離婚,(子女數__人)		兵役狀況	宗教信仰			
身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有,類別:		原住民身份	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有,族名:			
兵役狀況	<input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 替代役役別:		<input type="checkbox"/> 未役 國民兵,原因:		<input type="checkbox"/> 免役,原因		
*家屬狀況	稱謂	姓名	出生年月日(yy/mm/dd)	服務機構			
			/ /				
			/ /				
			/ /				
是否有親友任職本院: 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 關係( ) 服務單位:							
*健康情況	cm 身高	kg 體重	視力 <input type="checkbox"/> 正常、 <input type="checkbox"/> 左眼 近 度、 <input type="checkbox"/> 右眼 近 度				
抽煙: <input type="checkbox"/> 有,一天__或__包 <input type="checkbox"/> 無			檳榔: <input type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無				
慢性病史 (B型肝炎、肺結核)			<input type="checkbox"/> 有 疾病名稱: <input type="checkbox"/> 無		家族病史(糖尿病、高血壓)		
					<input type="checkbox"/> 有 疾病名稱: <input type="checkbox"/> 無		

二.教育背景\*(學歷欄需填寫完整,例:高中→二專→大學→研究所)

畢業學校	系所科別	學制	畢業修業(已畢業)
		<input type="checkbox"/> 碩士	年 月到 年 月
		<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技	年 月到 年 月
		<input type="checkbox"/> 三專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專	年 月到 年 月
		<input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職	
畢業學校	系所科別	學制	畢業修業(未畢業)
現讀學校 (進修中)		<input type="checkbox"/> 碩士 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專	年 月到 年 月

三.專業證照\*

專業執照名稱	執照號碼	執照日期	有效期限
*非專業執照名稱	執照號碼	執照日期	有效期限

四.工作經驗\*【在醫學中心及區域醫院之相關經歷需填寫完整(經錄取到職前需繳交離職證明正本/影本供查核)】

現任服務機構	機構電話	職稱	期間	待遇	離職原因
--------	------	----	----	----	------

