

姓名*					年齡	歲(生日： 年 月 日)				請貼一寸半身照片		
*是否與本院現職員工係配偶及三親等以內血親、姻親關係： ☐ 否 ☐ 是；關係： 關係人姓名：												
*是否為本院現職員工： ☐ 否 ☐ 是；任職於 部門，職稱： 。（檢附人員甄選同意書並經現職單位主管核章）												
身分證字號*			聯絡電話*	(H)	手機							
			(O)	email								
戶籍所在地*												
通訊處*												
考試及格名稱*	考試類別	高 考 或 乙 等 特 考			普考或丙等特考		專 門 職 業 考 試		其 他			
	年 度											
	科 別											
最高學歷*	校 別	學 校 名 稱	系 科	日間部	夜間部	修 業 年 限		畢 業	肄 業	學 位		
	研 究 所					年 月 起 年 月 止						
	大 學					年 月 起 年 月 止						
	專科學校					年 月 起 年 月 止						
	高中職校					年 月 起 年 月 止						
重要訓練*	訓練機關名稱	種 類			主 持 人 姓 名		訓 練 日 期		備 註			
							年 月 起 年 月 止					
							年 月 起 年 月 止					
重要經歷（包括現職）*	服務機關名稱（機關電話(必填)）		職 稱	最 後 薪 額	擔任工作	起 迄 日 期		離 職 原 因		※ 工作經歷查驗（用人單位填寫）		
	名稱： 電話：					年 月 起 年 月 止				查驗人： 日期及時間： 詢問對象：		
	名稱： 電話：					年 月 起 年 月 止				查驗人： 日期及時間： 詢問對象：		
	名稱： 電話：					年 月 起 年 月 止				查驗人： 日期及時間： 詢問對象：		
	名稱： 電話：					年 月 起 年 月 止				查驗人： 日期及時間： 詢問對象：		
專 長					外 語 能 力		語，認證名稱： 等級(分數)：					
體 格 概 況	是否持有身心障礙手冊： ☐ 否 ☐ 是；障礙類別： 級別： ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度											
身 分 概 況	婚姻： ☐ 未婚 ☐ 已婚；配偶姓名：											
	是否具有中華民國國籍： ☐ 是 ☐ 否；是否具有外國國籍： ☐ 否 ☐ 是；具 國國籍											
	是否有民刑事犯罪紀錄： ☐ 否 ☐ 是，請述明											
	是否為大陸地區人民來臺定居設籍者： ☐ 否 ☐ 是；自西元 年 月 日來台設籍											
	是否具原住民身分： ☐ 否 ☐ 是； ☐ 山地 ☐ 平地 原住民， 族											
	是否為退休軍公教人員： ☐ 否 ☐ 是；原退休機關名稱： 。											
簡 要 自 述 (必填)												