

# 高雄市政府衛生局

## 113年度臨時人員履歷表

資格審查結果：符合 不符合（請勿勾選）

姓名		出生日期	年	月	日	貼 相 片 處	
身分證 統一編號		年齡					
聯絡電話	手機：	市話：					
聯絡地址							
是否具身心障礙者身分	<input type="checkbox"/> 是，請檢附身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 否						
電腦軟體操作	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> Power point <input type="checkbox"/> 其他						
現職	(機構名稱及部門、職稱)						
最高學歷 (含科系)	學校名稱		院系科別	起迄年月	畢業	肄業	學位
	1						
	2						
	3						
相關證照	證照名稱		發證機關	發證年月日	證書字號		審查結果
	1						
	2						
	3						
相關工作 之經歷 (年資計算至 113年5月31日 止)	服務機關		職稱	到職年月日	卸職年月日		審查結果
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						

