

高雄市旗津區衛生所「109年度嚴重特殊傳染性肺炎臨時人員」

招募甄試報名表

姓名		性別		出生日期	民國 年 月 日	請黏貼照片
身分證 統一編號		近一個月旅遊史		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____		
最高學歷及 科系		婚姻 狀況		<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚		
通訊地址				電 話 (本欄位請務 必填寫)	電話： 手機：	
傳染病防治 相關經歷	服務單位			任職起訖日		
特殊專長						
慢性病或特殊 病 史	<input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 氣喘					
檢附資料	<input type="checkbox"/> 報名表 <input type="checkbox"/> 本人最近3個月內2吋照片2張 <input type="checkbox"/> 國民身份證 <input type="checkbox"/> 相關工作服務證明書 <input type="checkbox"/> 機車駕照 <input type="checkbox"/> 專業證書。 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明文件					
具結事項	本表所填資料均真實無誤，如有不實除錄取資格無效外，願負法律責任。 <p style="text-align: right;">報名人具結：_____</p>					

面試聯

姓名		身分證統一編號	
----	--	---------	--

單位核章		甄試類別	<input type="checkbox"/> 嚴重特殊傳染性肺炎臨時人員 臨時人員
------	--	------	--