


**高雄市大寮區衛生所
護理師職務代理人報名表**

收件編號：

考生編號：

<p>貼相片處</p> 	姓名		出生年月日		
			身分證統一編號		
	聯絡方式	日間：		手機：	
		夜間：		E-mail：	
	通訊地址				

<p>國民身分證影印本黏貼處 (正面)</p> <p>影印本務須清晰 黏貼不可超出欄外</p>	<p>國民身分證影印本黏貼處 (背面)</p> <p>影印本務須清晰 黏貼不可超出欄外</p>
---	---

應考資格	最高學歷	學校名稱(請填全銜)	所、系、科(組)		畢業年 月	年 月
	考試及格	年	考試(檢覈考試)名稱	等 別	類 科	原住民註記
					<input type="checkbox"/> 護理師	行動不便註記

經歷	任 職 機 關	工 作 內 容	任 職 起 迄 日

繳 驗 證 件 (報 名 人 勾 選)	審 查 結 果 (審 查 人 勾 選)
<input type="checkbox"/> 公務人員簡式履歷表(末頁簽名並蓋私章) <input type="checkbox"/> 護理相關考試及格證書影本 <input type="checkbox"/> 護理師證書影本 <input type="checkbox"/> 最高學歷畢業證書影本 <input type="checkbox"/> 護理師相關服務證明書或離職證明書 <input type="checkbox"/> 已完成接種 COVID-19疫苗3劑之疫苗接種卡影本	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格 原因： <hr/> <p style="text-align: center;">面 試 到 考 紀 錄</p> <input type="checkbox"/> 到考 <input type="checkbox"/> 缺考
備註：證明文件影本請依序排列裝訂成冊)	

報名者簽名：