

秀傳醫療體系

甄選各級住院醫師與專科醫師報名表

應徵職務	<input type="checkbox"/> 一年期選配之住院醫師 <input type="checkbox"/> 第 年 科 住院醫師 <input type="checkbox"/> _____ 專科醫師		
應徵服務地點	<input type="checkbox"/> 秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院 <input type="checkbox"/> 秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院 <input type="checkbox"/> 台南市立醫院 <input type="checkbox"/> 竹山秀傳 <input type="checkbox"/> 岡山秀傳 <input type="checkbox"/> 台北秀傳		
姓 名			
出生日期	年 月 日	身份證號或護照號碼	
國籍/籍貫	省		縣
現在通訊處	地址： 電話： 手機： E-mail：		
永久通訊處	地址： 電話：		
學 歷	(年 月 畢)		
見實習醫院			
服役情形	<input type="checkbox"/> 預定 年 月 日退伍 <input type="checkbox"/> 已退伍 <input type="checkbox"/> 免役		
考試及格證書	<input type="checkbox"/> 未通過 <input type="checkbox"/> 已通過 字號：		
醫師證書	<input type="checkbox"/> 未通過 <input type="checkbox"/> 已通過 字號：		
專科醫師證書			
應徵科別	第一志願： 第二志願： 第三志願：		(請貼近兩個月照片)
經 歷			
附 件	1. 國民身分證，考試及格證書及醫師證書影本 2. 應徵專科醫師者，請附相關專科證書影本 3. 退伍令，補充兵役或免證書影本 4. 畢業證書或畢業證明書影本 5. 歷年在學成績單		
備 註	1. 若有需要請註明代理人姓名、電話、通訊處 2. 請將報名表連同附件寄至相關院區或用 Email 報名		

※附註

- (一)、報名手續由本人、代理人、通訊、傳真報名均可。
- (二)、各科分別面試、面談；日期及地點由科部秘書通知，錄取亦然。
- (三)、服役者，請於報名表上註明適合之面試、面談時間，以利安排。
- (四)、各院區聯絡表

秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院 彰化縣彰化市 500 中山路一段 542 號

Tel: 04-7256166 轉 81293 洽內科部

Fax: 04-7250029 E-mail: cme@show.org.tw

秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院 彰化縣鹿港鎮 505 鹿工路六號 (彰濱工業區鹿港區)

Tel: 04-7813888 轉 73190、73192 洽醫教組

Fax: 04-7073226 E-mail: baoyu@show.org.tw

台南市立醫院 台南市 701 崇德路 670 號

Tel: 06-2609926 轉 23104 洽秘書室 婷玉

Fax: 06-2606351 E-mail: 2a0048@tmh.org.tw

竹山秀傳醫院 南投縣竹山鎮 557 集山路二段 75 號

Tel: 049-262-4266 轉 1002 洽院長室蕙芬

Fax: 049-2624366 E-mail: cs2080@csshow.org.tw