

馬偕紀念醫院麻醉專科護理師訓練班報名表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男		出生日期	年 月 日 歲	請貼一吋半身照片			
身分證字號		聯絡電話	(H)		手機					
			(O)		email					
體 格	身高	公分；體重		公斤	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚				
戶籍所在地	□□□									
通訊處	□□□									
證 照	證 照 名 稱		字 號			發 證 日 期				
	護 理 師									
學 歷	校 別	學 校 名 稱	日 間 部	夜 間 部	系 科	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				
參 加 重 要 訓 練	訓練機關名稱	種 類		訓 練 日 期		主 持 人 姓 名		備 註		
		急 診		年 月 日 起 年 月 日 止						
		ICU		年 月 日 起 年 月 日 止						
		其他：_____		年 月 日 起 年 月 日 止						
重 要 經 歷 (包括現職)	服務機關名稱	職 稱	最 後 薪 額	擔 任 工 作		起 迄 日 期		離 職 原 因		
						年 月 日 起 年 月 日 止				
						年 月 日 起 年 月 日 止				
						年 月 日 起 年 月 日 止				
專 長				精通語言						
簡要自述 (如不敷書寫請改以 A4 紙書寫)										