

**中國醫藥大學北港附設醫院**  
**111 年照顧服務員訓練課程 報名表**

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡電話	住家：	手機：
身分	<input type="checkbox"/> 本國(領有身分證) <input type="checkbox"/> 非本國_____	出生日期	年	月	日	婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他
黏貼一寸照片 (另一張浮貼)	通訊地址	□□□-□□				
	戶籍地址					
	郵件信箱					
最高學歷	1. <input type="checkbox"/> 國中(含以下) 2. <input type="checkbox"/> 高中職 3. <input type="checkbox"/> 專科 4. <input type="checkbox"/> 大學 5. <input type="checkbox"/> 研究所					
學校名稱				科系		
參加動機	<input type="checkbox"/> 失業中，對此類工作有興趣 <input type="checkbox"/> 從事 <u>非</u> 相關工作，對此類工作有興趣 <input type="checkbox"/> 從事 <u>相</u> 關工作，需取得此項結業證書 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
訊息來源	<input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 報章雜誌 <input type="checkbox"/> 醫院網路 <input type="checkbox"/> 機構推派 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
緊急連絡人		關係		電話		
身分證 / 居留證	(正面影本，請自行影印， 現場不提供影印服務)			(反面影本，請自行影印， 現場不提供影印服務)		