

應徵履歷表

澎湖縣政府衛生局

「113年整合性預防及延緩失能計畫-社區營養推動計畫

應徵履歷表

姓名	性別				
身分證號碼	出生日期	年	月	日	貼 相 片 處
手機：	年	齡			
聯絡電話	市話：	婚姻狀況			
聯絡地址					
駕照	<input type="checkbox"/> 機車	<input type="checkbox"/> 小客車	<input type="checkbox"/> 其 他	語言能力	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他
電腦軟體操作	<input type="checkbox"/> Word	<input type="checkbox"/> Excel	<input type="checkbox"/> Power point	<input type="checkbox"/> 其他	
現職(機構名稱 及部門、職稱)					
期望工作地點 (可複選)	<input type="checkbox"/> 馬公市第一衛生所	<input type="checkbox"/> 七美鄉分中心	<input type="checkbox"/> 望安鄉分中心		
最高學歷	1				
	2				
	1				
相關專業證照、 訓練證明	2				
	3				

簡 要 自 述

填表人簽章：

附註：

- 1、履歷表如有填寫之學歷、證書、工作經歷、訓練等資料，**請一併附上相關證明文件影本。**
- 2、本表各欄資料請務必以正楷詳細填寫，以免書寫不明致影響審查作業。
- 3、如有填寫不實，將取消錄用資格。