

護理公費生考核表

壹、學生基本資料：(學生自行填寫)

姓名	身分證字號		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
學歷	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 五專		兵役	<input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 待役		照片黏貼處 (二吋半身)	
畢業學校	學校 科(系)民國 年 月						
專業證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師第 號 <input type="checkbox"/> 其他						
特殊證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ACLS/ANLA <input type="checkbox"/> ETTC <input type="checkbox"/> ICU Training <input type="checkbox"/> 英檢 級 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)：						
戶籍地址						電話	
目前通訊地址						電話	
E-Mail							
原住民身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 平地原住民 <input type="checkbox"/> 山地原住民		具身心障礙身分者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；		
家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	職業	稱謂	姓名	年齡 職業
家庭人數：計 人，其中就業 人，本人是否須協助負擔家計 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
功過獎懲事蹟	(請具體陳述)						
特殊才能	(請具體陳述)						
健康狀況	有無疾病史；請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴院取消本人公費資格，並願繳回所有獎助學金。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述：						
服務院區意願	(請數字填寫志願序 1.2.3.4.5.....) <input type="checkbox"/> 基隆(含情人湖) <input type="checkbox"/> 林口(含台北) <input type="checkbox"/> 土城 <input type="checkbox"/> 桃園(含長青院區) <input type="checkbox"/> 嘉義 <input type="checkbox"/> 雲林 <input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 鳳山 <input type="checkbox"/> 大同						
服務科別	※按優先順序填寫您有意願的服務科別(至少需填寫三個意願) 1. 、2. 、3. 、4. 、5.						
過去工作經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；請詳填寫 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~ 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~ 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~						

*我 (學生姓名) 秉持誠信原則填報上述資料，並同意長庚醫療財團法人可使用上述所有個人資料人事任用相關作業；如有不實願接受解職處分，並償還所有已接受之獎助學金。

填寫時機：學生畢業當年度
填寫流程：一式一聯；由學生自行填寫「壹、基本資料」後，交由導師填寫完成「貳、考核記錄」，並以信封彌封交付本院。

(續下頁)