

屏東縣新園鄉公所儲備植物醫師徵選報名表

|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|---------------|--------|--------|--------|------|--------|------|------|---------|--------------|--------|
| 姓名            |        |        | 性別     |      |        | 請貼照片 |      |         |              |        |
| 國民身分證<br>統一編號 |        |        | 出生日期   |      |        |      |      |         |              |        |
| 通訊處           | 戶籍地    |        |        |      |        |      | 電話號碼 | 住宅：     |              |        |
|               | 現居住所   |        |        |      |        |      |      | 手機：     |              |        |
|               | 電子郵件信箱 |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 學 歷           |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 學校名稱          | 院系科    | 修業年限   |        |      |        | 畢業   | 結業   | 肄業      | 教育程度<br>(學位) | 證書日期文號 |
|               |        | 起(年、月) | 迄(年、月) |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 工 作 經 歷       |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 服務機關(構)       |        | 職稱     |        | 服務期間 |        |      |      | 服務證明書名稱 |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 外 國 語 文       |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 語文類別          |        | 分數／等級  |        | 證書字號 |        |      |      | 備註      |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 專 長           |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
| 專長項目          | 證照名稱   | 生效日期   |        |      | 證件日期文號 | 認證機關 | 專長描述 |         |              |        |
|               |        | 年      | 月      | 日    |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |
|               |        |        |        |      |        |      |      |         |              |        |

自 傳

對我國推動植物醫師制度之認知與未來展望（300 字內）

繳交證件：☐國民身分證影本☐學歷及機車駕照影本☐其他

報名者簽章：

資格審查：☐合格

☐不合格

審核人簽章：

註：本表如不敷使用，請自行延長。

