

## 114 學年度畢業後一般醫學訓練申請表

填表日期:    年    月    日

<b>應徵科別</b>	<b>一般科 PGY 醫師</b>			相    片
<b>姓名</b>	(中文)	<b>身分證 字號</b>		
	(英文)			
<b>兵役狀況</b>	<input type="checkbox"/> 現役_____ (預計退伍日期) <input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 體位判定中			
<b>通訊地址</b>				
<b>戶籍地址</b>				
<b>連絡電話</b>	白天:	晚上:	手機:	
<b>E-mail</b>	(請務必確認帳戶之有效性·建議勿留 hotmail 信箱)			
<b>是否有親屬在本院服務:</b> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 關係:                      親等:                      單位:                      姓名:				
<b>學歷</b>	畢業學校		科系	畢業年月:    年    月
	實習醫院			
<b>公費生:</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是·選擇: <input type="checkbox"/> 新制度 <input type="checkbox"/> 地方養成				
<b>報名寄送資料:</b>				
<input type="checkbox"/> 應屆畢業生		<input type="checkbox"/> 非應屆畢業生		
1. <input type="checkbox"/> 畢業後一般醫學訓練申請表 2. <input type="checkbox"/> 中華民國身分證正反面影本·非本國籍須附居留證正反面影本 3. <input type="checkbox"/> 成績單正本(含全年級總人數及歷年成績總排名) 4. <input type="checkbox"/> 第一階段國考成績單影本或榜單影本 5. <input type="checkbox"/> 退伍令、補充兵役或免役證件影本		1. <input type="checkbox"/> 畢業後一般醫學訓練申請表 2. <input type="checkbox"/> 中華民國身分證影本正反面·非本國籍須附居留證正反面影本 3. <input type="checkbox"/> 成績單正本(含全年級總人數及歷年成績總排名) 4. <input type="checkbox"/> 畢業證書影本 5. <input type="checkbox"/> 醫師證書影本 6. <input type="checkbox"/> 退伍令、補充兵役或免役證件影本		
<input type="checkbox"/> 國外醫學系畢業		※請確認繳交的資料與勾選項目相符·並以 A4 列印·裝訂於左上方。  ※其餘資料·如自傳·獲獎紀錄·論文及學習歷程等資料·可於面試時攜帶應試·不須於報名時寄送。		
本計畫所有相關事項係依循衛福部政策執行·請申請人先至一般醫學訓練選配系統網站 <a href="https://match.mohw.gov.tw/YR2">https://match.mohw.gov.tw/YR2</a> 註冊帳號·填寫基本資料並進行報名。完成後請將應繳資料與本表以掛號郵件寄至本院(以郵戳為憑或親自送件)。				
<b>備 註</b>	一、通訊地址請務必填寫郵遞區號·以便縮短郵件通訊時間;請詳填本表及備齊資料後寄至: <b>【30071】新竹市光復路二段 690 號 醫學教育科 TEL: (03) 611-9595 轉 2246</b> <b>【信封外請註明 114 年 PGY 甄試資料】</b>			
	二、本人聲明依誠信原則確實填寫資料·並願意接受貴院查證;如有虛偽陳述·願無條件接受取消錄取資格(未簽章視同資料不完整·棄權論)。			
<b>申請人簽章:</b> _____				