



二年期畢業後一般醫學訓練申請表

填表日期: 年 月 日

應徵科別	PGY 2-婦產科		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚	相片 (一寸或二吋)
姓名	(中文)		出生日 (民國)	年 月 日			
	(英文)						
出生地	省(市)	市縣	身分證字號 (統一證號)				
宗教信仰	基督教: <input type="checkbox"/> 慕道 <input type="checkbox"/> 幼洗 <input type="checkbox"/> 堅信禮 所屬教會: _____ <input type="checkbox"/> 其他宗教: _____						
兵役狀況	<input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 體位判定中						
通訊地址							
戶籍地址							
連絡電話	()	戶籍電話	()	手機			
E-mail	(請務必確認帳戶之有效性·建議勿留 hotmail 信箱)						
是否有親屬在本院服務 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 關係: 親等: 單位: 姓名:							
學歷	畢業學校			科系			畢業年月: 年 月
	實習醫院						
公費生 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是							
繳交資料注意事項: 請確認並勾選繳交的證件完整性是否相符，並以 A4 列印，裝訂於左上方；其餘書面資料，如有自傳、獲獎及學習歷程等，甄試當天面試攜帶即可。							
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"/> 中華民國身分證影本正反面 3. <input type="checkbox"/> 1~5 年級在校成績單(正本、附名次) 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、現役、補充兵役或免役證件影本							
本計畫所有相關事項係依循衛生署政策執行，請申請人先至一般醫學訓練選配系統網站 https://match.mohw.gov.tw/YR2/Auth/Login.aspx 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)。							
備註	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：【30071】新竹市光復路二段 690 號 新竹馬偕紀念醫院 醫學教育研究部 TEL: (03) 611-9595 轉 2251【信封外請註明-110 年 PGY 2-婦產科組甄試資料】						
	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)。						
申請人簽章：							