

# 亞東紀念醫院

Far Eastern Memorial Hospital

## 醫療人員審查資料表

The Doctor examined background form

醫師姓名 Name		出生年月日 Date of Birth	年	月	日	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M	<input type="checkbox"/> 女 F
通訊地址 Address						電話號碼 Tel.	( )	
電子郵件 E-mail Address						手機號碼 Mobile.		
畢業學校 Educational background	____大學醫學系 School of Medicine ____年度畢業					實習醫院 Internship		
	具公費生身份: <input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N; 中華民國國籍: <input type="checkbox"/> 是 Y <input type="checkbox"/> 否 N Government. Grant Overseas Chinese					醫師證書 License No.	醫字第	號
考試及格證書 Certificate of Passing Exam	台檢醫 ( ) ( ) 專高字第	號	管制藥品執照號碼 prescription license for the use of controlled drugs No					
專科醫師證書 Certificate of Perfection	1.	科	專醫字第			號		
	2.	科	專醫字第			號		
經歷 Employment Record	1.			4.				
	2.			5.				
	3.			6.				
最近五年發表 論文數 (請檢附彙整資料) Published Articles	類別	篇數	作者排序					
			第一作者	通訊作者	第二作者	第三作者	第四作者	其他排序, 請說明
	SCI	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇
	NonSCI	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇
國內期刊	篇	篇	篇	篇	篇	篇	篇	
申請職位 Applied Position	部 科 department section		第 年住院醫師 Resident					
預計到職日 Date of Availability	年	月	日	部定教職: <input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 副教授 <input type="checkbox"/> 助理教授 <input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 無				
單位主管審查 意見暨簽章 Unit commanders examined opinion & signature	科主任簽章 Signature of Section Director : 部主任簽章 Signature of Department Director :					※應徵住院醫師者, 需檢附 所屬專科學會之訓練年資證 明文件		
						該員是否為輻射工作人員 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
簽署注意事項	新聘住院醫師, 除負責該科業務外, 還需能配合評鑑要求或符合醫院發展方向。							
人力資源處			副 院 長			院 長		
經 辦	主 任							

(※ 本院為無菸、無檳環境醫院)