**新竹縣衛生局護理人員公開甄選報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現任  單位職稱 | | | | | | | □無 | | | | | | | | | | | | | | | | 填表人  簽名 | | | | | |  | | | | | | | 請黏貼或列印最近二吋 半身正面脫帽彩色照片 | | | | | | | |
| 姓 名 | | | | | | |  | | | | | | | | 國民身分證  統一編號 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 出生日期  (以上欄位應與戶籍登記相符) | | | | | | | 民國　 年　 月 　 日 | | | | | | | | 外國國籍  (請勾選) | | | | | | | | □無  □有，國籍： | | | | | | | | | | | | |
| 是否為  原住民 | | | | | | |  | | | | | | | | 是否領有  身心障礙手冊 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 通訊處 | | | | | | | 戶籍地 | □□□□□（郵遞區號） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現居住所 | □同戶籍地  □□□□□（郵遞區號） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話號碼 | | | 住宅:（　）  手機:  住宅電話請務必填寫，遇手機無法聯繫到本人時，作為第二聯絡方式 | | | | | | |
| 電子郵件  信 箱 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊 急  通知人 | | | | | | | 姓 名 |  | | | | | | | | | | | | 關 係 | | | | | |  | | | | | | | | 電話號碼 | | | 住宅:（　）  手機:  公:（　） | | | | | | |
| 學 歷 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學校名稱 | | | | | | 院、系（所、學位  學程）、班、組 | | | | | | | 實際修業期間 | | | | | | | | | | | | | 區 分  (請勾選) | | | | | | | | | | | 教 育  程 度  (學位) | | | | |
| 起(年、月) | | | | | | | 迄(年、月) | | | | | | 畢業 | | 結業 | | | | | | | 肄業 | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | |
| 公 務 人 員 考 試 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 度 | | | 考試 | | | | | | | | | | | | | | | | | 類 科 別 | | | | | | | | | | | | | | | | 證書日期文號 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 專 門 職 業 及 技 術 人 員 資 格 或 檢 覈 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 考試或檢覈及格證書(考試院核發) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 專業證照（衛生署或衛生福利部核發） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 度 | | 類 科 | | | | | | 生效日期 | | | | | | | 發證日期、證書號碼  （例如：○年○月○日專高字第○○○號） | | | | | | | | | | | 核發機關 | | | | | | | | | | | 發證日期、證書號碼  （例如：○年○月○日  護理字第○○○號） | | | | | | |
| 年 | | | 月 | | 日 | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 經歷及現職 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服務機關 | | | | | | | | | | | | 職稱 | | | | | | | | | 起訖年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 語言能力 | | | | | | | | | | |
| 語言類別 | 測驗名稱 | | 測驗日期 | | 證件日期文號 | 認證機關 | | 檢定成績 | | 備註 |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |
| 兵 役 | | | | | | | | | | |
| 役 別 |  | 軍 種 | |  | | | 官(兵)科 | |  | |
| 退 伍  軍 階 |  | 服 役  期 間 | | 起：　　　年　　月　　日  迄： 　　年　　月　　日 | | | 退伍令  字 號 | |  | |
| 簡 要 自 述 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 民國　年　月　日 | | | | | | | | | | |

**切 結 書**

立切結書人 參加新竹縣政府及所屬各機關（學校）人員甄選，如有下列情事之一時，除無異議放棄錄取資格外，並願負相關法律責任暨放棄先訴抗辯權，且願無條件繳回已領之薪津，特此切結。

1. 資料有不實情事或違反公務人員任用法規定。
2. 具雙重或多重國籍。
3. 到職後報請主管機關審查，未能辦理銓審事宜者。
4. 曾受任何懲戒或行政處分。

此致

新竹縣政府

立切結書人：

身分證字號：

通 訊 處：

電 話：

中華民國　　年　　月　　日

備註：

1. 公務人員任用法第26條第1項：各機關長官對於配偶及三親等以內血親、姻親，不得在本機關任用，或任用為直接隸屬機關之長官。對於本機關各級主管長官之配偶及三親等以內血親、姻親，在其主管單位中應迴避任用。
2. 公務人員任用法第28條第1項第1款至第11款所定不得任用之情事：
3. 未具或喪失中華民國國籍。
4. 具中華民國國籍兼具外國國籍。但其他法律另有規定者，不在此限。
5. 動員戡亂時期終止後，曾犯內亂罪、外患罪，經有罪判決確定或通緝有案尚未結案。
6. 曾服公務有貪污行為，經有罪判決確定或通緝有案尚未結案。
7. 犯前二款以外之罪，判處有期徒刑以上之刑確定，尚未執行或執行未畢。但受緩刑宣告者，不在此限。
8. 曾受免除職務懲戒處分。
9. 依法停止任用。
10. 褫奪公權尚未復權。
11. 經原住民族特種考試及格，而未具或喪失原住民身分。但具有其他考試及格資格者，得以該考試及格資格任用之。
12. 依其他法律規定不得任用為公務人員。

（十一）受監護或輔助宣告，尚未撤銷。

1. 臺灣地區與大陸地區人民關係條例第21條第1項所定不得任用之情事：

大陸地區人民經許可進入臺灣地區者，除法律另有規定外，非在臺灣地區設有戶籍滿十年，不得登記為公職候選人、擔任公教或公營事業機關（構）人員及組織政黨…。

112年新竹縣各衛生所護理師甄選

擬任人員擬任單位意願排序表

|  |  |
| --- | --- |
| 意願順序 | 擬任單位及職缺數(含地址) |
|  | 竹東鎮衛生所2名  （新竹縣竹東鎮中正路221號） |
|  | 北埔鄉衛生所1名  （新竹縣北埔鄉北埔街90號） |
|  | 新埔鎮衛生所1名  （新竹縣新埔鎮福德街535號） |
|  | 竹北市衛生所1名  （新竹縣竹北市光明二街89號） |
|  | 新豐鄉衛生所1名  (新竹縣新豐鄉建興路2段748巷25號) |
|  | 竹北市衛生所1名  （實際工作地點新竹縣政府衛生局疾病管制科  新竹縣竹北市光明七街1號） |

註1.請以1、2等數字於「意願排序」欄填寫擬服務單位之意願順序。

註2.本次甄選係以成績高低與填表人所填本表之意願順序，由新竹縣政府核定錄取名額及擬任單位。

填表人簽名：

填表日期：112年 月 日