

## 澎湖縣醫學系公費畢業生特殊科別甄選報名表

報考科別：眼科、耳鼻喉科、放射診斷科、  
神經內科、整形外科、麻醉科、  
神經外科

姓 名		性 別		出生年月日	年 月 日
身份證字號		通 訊 處			
電 話	住家： 行動：				
學 歷	民國 年 月		醫學院	系(科)畢業	
項 目	簡 要 列 述		當時就讀年級	備 註	
參加社團					
參加校內外服務					
獲選為院校隊代表					

受獎勵及榮譽事蹟			
項目	簡要列述	當時就讀年級	備註
受獎懲罰事蹟			
在學期間質性評量			例如：實習表現的評語，導師評語等
其他			
證件 (請確實檢查是否遺漏)		報名日期：	
<input type="checkbox"/> 報名表。 <input type="checkbox"/> 國民身份證影本。(請黏貼於報名表上) <input type="checkbox"/> 學業成績單及畢業證書影本各乙份。 <input type="checkbox"/> 自傳三份。(格式不拘) <input type="checkbox"/> 其他佐證資料影本三份。		報名人簽名：	
		編號	(本欄位請由主辦單位填寫)