



中山醫學大學附設醫院口腔醫學部

109 學年度 醫師三次招募簡章

一、招募類別：

- (一) 二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練 (PGY 訓練醫師)
- (二) 衛生福利部定專科醫師訓練：口腔顎面外科、口腔病理科

二、應徵條件：

- (一) 二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練醫師：教育部認定之牙醫學系畢業者。
- (二) 專科醫師訓練：須完成 PGY 訓練並領有牙醫師執照

三、報名方式：

(一) 採郵寄或電子信箱報名方式：

1. 招募簡章亦可上網下載 網址：<http://web.csh.org.tw/web/cshd/>。
2. 報名截止日期：收件日即日起至 **109 年 09 月 19 日止**。
3. 相關報名資料請以郵寄方式或以電子信箱方式傳送
 - a) 郵寄請寄至『中山醫學大學附設醫院 口腔醫學部 行政辦公室收』
地址：40201 台中市南區建國北路一段 110 號
 - b) 電子信箱方式請傳送至：cshj980@csh.org.tw
聯絡方式：行政辦公室 李小姐 (04)24718668 分機 55332

(二) 報名檢附資料如下：

1. 申請表乙份(請以電腦鍵入)。
2. 簡要自傳乙份(300 字)(請使用本部專用申請表)。
3. 身分證正反面影本乙份。
4. **專科醫師**：牙醫師證書影本乙份、PGY 完訓證明、服務經歷證明、畢業證書影本乙份。
5. **PGY 訓練醫師**：畢業證書影本乙份、通過第一階段國考證明影本乙份(由考選部發信通知單即可)。
6. 申請人如為男性，請檢附證明文件(退役證明、補充兵役或免役證明影本乙份)。
7. 申請人如為國外牙醫學系畢業者，請檢附證明文件(本國牙醫師證書影本)。

四、考試方式、日期及地點：

- (一) 報考【衛生福利部定專科醫師訓練】者，僅須參加口試 (時間另行通知)。
- (二) 報考【二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練】者，須參加筆試及口試。
- (三) PGY 筆試 / 口試時間：109 年 09 月 26 日 (星期六) 上午 08：00~12:00
筆試及口試地點：中山醫學大學附設醫院 口腔醫學部 D07 教室
地址：40201 台中市南區建國北路一段 110 號

中山醫學大學附設醫院口腔醫學部

109 學年度醫師招募申請表

*請填粗線以內資料

填表日期： 年 月 日

| | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|--------------|---|---|--------------|---------|--------|
| 中文姓名 | | 身份證字號 (居留證號) | | | | | | 請貼二吋照片 |
| 英文姓名 | | | | | | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 兵役 | <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 已役 <input type="checkbox"/> 役中 <input type="checkbox"/> 僑生 | 退伍日期 | / | / | | | | |
| 公費身份 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，單位：_____ | | | | | | | |
| 通訊地址 | | | | | | | | |
| 聯絡電話 | 手機： | 住家： | | | | | | |
| 應徵類別 | 請註明應徵 <input type="checkbox"/> 口腔顎面外科 <input type="checkbox"/> PGY <input type="checkbox"/> 口腔病理科 | | | | | | E-mail： | |
| | | | | | | | 國籍： | |
| 學 | 畢業學校 | | | | | 畢業年度 | 年 月 | |
| | 科 系 | | | | | | | |
| 歷 | 見習醫院 | | | | 期間 | 年 月 日至 年 月 日 | | |
| | 實習醫院 | | | | 期間 | 年 月 日至 年 月 日 | | |
| 經 歷 | 服 務 機 關 | 職 務 | 服 務 起 迄 | | | | | |
| | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| | | | 年 月 日至 年 月 日 | | | | | |
| 可以報到日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 考試院牙醫師考試及格證書 字第 號 | | | | | <input type="checkbox"/> 已取得牙醫師證書 牙字第 號 <input type="checkbox"/> 尚未取得牙醫師證書 | | | |
| ◎請再次確認並勾選您繳交的證件：(必填) | | | | | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> 自傳乙份 2. <input type="checkbox"/> 身分證影本 3. <input type="checkbox"/> 成績單影本 4. <input type="checkbox"/> 牙醫師證書影本 5. <input type="checkbox"/> PGY 完訓證明 6. <input type="checkbox"/> 服務經歷證明 7. <input type="checkbox"/> 第一階段國考成績證明 8. <input type="checkbox"/> 實習中證明 9. <input type="checkbox"/> 兵役證明 10. <input type="checkbox"/> ACLS 證書 | | | | | | | | |
| 申請人簽名： | | | | | 本部收件日期： | | | |

備註：請詳細填寫此申請表，並依本部招募簡章規定方式完成作業。

自 傳

(表格不足請自行增列)