

成大醫院神經部 115 學年第一年住院醫師招考簡章

一、名 額：成大醫院神經部 115 學年第一年住院醫師 1 名。

科 別	級 別	正 取 名 額	備 取 名 額	考 試 時 間	考 試 地 點
神經部	R1	1 (擇優錄取)	若干名	另行通知	另行通知

二、報名時間：即日起至 115 年 9 月 4 日(星期五)17:00 止。(如有錄取人選，則提前截止報名)。

三、考試日期：另行通知。

四、考試地點：另行通知。

五、報考資格：

(一)應具中華民國國籍。具雙重國籍或僅具外國國籍者，依現行規定需報經教育部或勞動部核准後，始得進用。

(二)國內、外醫學院醫學系畢業生，應具中華民國醫師資格。

六、報考資料採隨到隨審方式(如有錄取人選，則提前截止報名)。

七、應繳證件及資料繳交方式：

(一) 應繳證件：

報名表、畢業證書影本、國民身份證正反面影本(正反面於同一面)、考試及格證書影本、醫師證書影本、PGY 結訓證明、管制藥品使用執照影本、在學暨中文畢業學業成績表，實習成績表及全年級總人數與其名次(外國學歷請提供分數對照表)、個人在學期間參加課外活動及獎懲概況表及兵役證明(現役軍人請備足資證明預定退伍日期文件影本；尚未服兵役者，請附補充兵役或免役證明影本；體位未定者，應填寫切結書)各 1 份及最新之各類急救證書(含 ACLS、ANLS 等，無則免附)。

(二) 資料繳交方式：

1、郵寄：

請於上開報名時間郵寄至 704 臺南市北區勝利路 138 號，成大醫院神經部辦公室蘇小姐(以郵戳為憑)。

2、E-mail：

請於上開報名時間將報名相關資料掃描後，以 e-mail 方式寄送至本院神經部 em75482@email.ncku.edu.tw，請於信件主旨請敘明為：姓名-報名神經部住院醫師，檔名請命名為：姓名-報名資料，並請電洽神經部蘇小姐(06-2353535 分機 5481 或 3900)確認是否收到報名資料。

八、考試方式：

- (一)面試占 60%、學業成績占 40%。
- (二)報名資料書面審查後，擇優通知面試。

九、應徵本院住院醫師注意事項：

- (一)依聘用人員聘用條例相關法令聘用，並依規定享有待遇與福利。本院亦得視需要，以院聘住院醫師進用。
- (二)需簽立承諾書，並加入醫師公會，辦理執業登錄。
- (三)住院醫師訓練期滿，服務成績優良經單位主管推薦得申請為院聘主治醫師，或由單位主管介紹至各醫療合作醫院服務。
- (四)本院遴用住院醫師服務年資採計提敘標準，以同一科別為限：
 - 1、凡在教育部、衛生福利部評鑑合格之準醫學中心以上教學醫院，曾任住院醫師之年資得予按年採計。
 - 2、區域教學醫院住院醫師年資每 3 年得折算為 2 年，地區綜合教學醫院住院醫師年資每 2 年得折算為 1 年，折算後不滿 1 年部分不予採計。
 - 3、國外醫院之服務年資，依各該醫院之醫療教學水準，採個案認定。

十、聯絡方式：

地址：704 臺南市勝利路 138 號，成大醫院神經部蘇小姐

TEL：(06)2353535 轉分機 5481 或 3900

E-mail：em75482@email.ncku.edu.tw

國立成功大學醫學院附設醫院神經部住院醫師報名表

應徵住院醫師級別 ☐ 第一年住院醫師			
姓 名		國 籍	☐ 中華民國 ☐ 外國國籍(國別：) ☐ 二者兼具 (請確實填寫，如有雙重國籍未確實告知，錄取資格將予取消。)
出生年月日		是否僑生	☐ 是 ☐ 否
性 別	☐ 男 ☐ 女	是否公費生	☐ 是 ☐ 否
通訊處	(請填寫 115 年 7 月 31 日前可聯絡之地址、電話)		
E-mail			
學 歷	民國 年 月 醫學院 系(科)畢業		
國民身分證 統一編號		實 習 醫 院	
PGY1 訓練醫院		PGY2 訓練醫院	
應徵科別			
醫師證書	字第 號	管制藥品 使用執照字號	
經 歷	民國 年 月起至 年 月止服務於 醫院，職稱 民國 年 月起至 年 月止服務於 醫院，職稱		
服役期間	民國 年 月 入伍 民國 年 月 日退伍		
委 託 在 台代理人	※目前如在外島服兵役者應委託在台代理人，以利代理簽立相關文書及聯絡。 代理人姓名： 通訊地址： 縣 鄉(鎮) 村 路 巷 段 號之 樓 郵遞區號： 市 市(區) 里 街 弄 連絡電話：()		
附 件	一、中華民國國民身分證正反面(具外國籍者須繳交護照及居留證)、本國醫師考試及格證書影本、醫師證書影本、管制藥品使用執照影本及最新之各類急救證書(含 ACLS、ANLS 等，無則免附)。 二、畢業證書或畢業證明書(應屆畢業生以學生證代替)，具國外學歷證件應翻譯成中文並經我國駐外館處驗證並請提供百分制成績對照表。 三、退伍令、補充兵或免服兵役證件影本，現役軍人請備足資證明預定退伍日期之文件(僑生比照辦理)。 四、切結書(迴避任用)。 ※上列證件均請備影本乙份，正本俟考取後再查驗。驗後有資格不符者，取消其錄取資格。 ※醫學系師長或相關人士推薦信，請一併繳交，至多 2 封。 ※報考 2 個志願者，須繳交 2 份報表及證件影本。		應徵者 連絡電話： 行動電話： 緊急連絡人 姓名： 電話號碼： () 行動電話：

姓 名	出 生 年 月 日	性 別	是否 僑 生	是 否 公 費 生	通 訊 處 (請填寫 115 年 7 月 31 日前可聯絡之地址電話)
		男 女	是 否	是 否	
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					
受懲罰事蹟					
在學期間 質性評量					例如：實習表現的評語，導師評語…等
其 他					

切 結 書

本人_____報考貴院 115 學年度住院醫師職務，願據實陳明，並無與貴院院長及報考單位主管有配偶及三親等以內血親、姻親關係，如有虛偽欺矇情事，願自動放棄錄取資格，絕無異議。

此 致

國立成功大學醫學院附設醫院

報考單位：

具結人：

(親筆簽名)

中 華 民 國

年

月

日

申 請 書

本人係衛生福利部_____之公費醫師擬報考貴院 115學年度神經部住院醫師，有關本人分發服務情形，願遵照「衛生福利部公費醫師分發服務作業要點」之規定，若有違上開分發服務作業要點之規定願意自行負責。

此 致

國立成功大學醫學院附設醫院

具 結 人：

簽 章

中 華 民 國

年

月

日