

您好：

為符合國內及國際醫療規範，本院擬於進用新進員工前，對其提供之學歷資料進行查證，檢附人員授權同意查驗之依據如下。若經查證，所繳交之學歷證書為仿造文書，將不予任用。

惠請 貴校註冊組協助完成表列人員之學歷確認，並以傳真回覆，造成不便敬請見諒，感謝！

承辦人：

電話：02-27372181 分機

人資室傳真：02-66396652

臺北醫學大學附設醫院 敬上

臺北醫學大學附設醫院新進員工 學歷驗證表

※請以正楷填寫，字跡工整，以免造成作業困擾。

※醫療單位者，請填寫與醫療本質相關之最高學歷；行政單位者，請填寫最高學歷。

姓名	身分證字號	畢業學校	學制 ☐ 國中 ☐ 高中/職 ☐ 專科 ☐ 學士 ☐ 碩士 ☐ 博士
科系	畢業年月 ____/____	畢業證書字號	
本人承諾本表內容填寫屬實，並同意授權臺北醫學大學附設醫院進行學歷驗證，簽名：_____			

查證結果(本欄由驗證機關填寫)		
☐ 相符 ☐ 查無此人 ☐ 修正後相符，請說明：_____	驗證人員：	(單位戳章)
	聯絡電話：	