**人 事 資 料 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 員工編號: 部門： | | | 到職日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **姓名(中英文)** |  | | **身分證字號** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | **性別** | □男□女 | 2吋照片 | |
| **出生日期** |  | | **國籍** | | □臺灣：  □其它： | | | | | | | | | | | **婚姻** | □未婚  □已婚 |
| **職稱** |  | | **契約類型** | | □正職□約聘□實習 | | | | | | | | | | | **駕照** | □有□無 |
| **行動電話** |  | | **電子郵件** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **戶籍地址** | 郵遞區號:□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | **戶籍電話** |  | |
| **聯絡地址** | 郵遞區號:□□□ | | | | | | | | | | | | | | | | **聯絡電話** |  | |
| **緊急聯絡人** |  | | | **關係** | | | |  | | | | | | | | | **聯絡人電話** |  | |
| **學歷** | **階段** | | **學校名稱** | **科系** | | | | **地點** | | | | **修業期間** | | | | | | **畢業** | **學位** |
| 選擇一個學歷程度 | |  |  | | | |  | | | | ～ | | | | | |  |  |
| 選擇一個學歷程度 | |  |  | | | |  | | | | ～ | | | | | |  |  |
| 選擇一個學歷程度 | |  |  | | | |  | | | | ～ | | | | | |  |  |
| **專業能力** | **語文能力** | | | | | | | **程度** | | | | **證照名稱** | | | | | | **證照號碼** | **發照日期** |
|  | | | | | | | 擇一等級 | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | 擇一等級 | | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | | | | | 擇一等級 | | | |  | | | | | |  |  |
| **經歷** | **公司名稱** | **工作內容** | | | | | | **職稱** | | | | **服務期間** | | | | **薪資** | | | **離職原因** |
| **月薪** | **津貼/獎金** | **其他** |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | |  |  |  |  |

**人 事 資 料 表**

|  |  |
| --- | --- |
| 眷屬加入健保人數  (若有填寫請於下方提供眷屬身份證影本) | 眷屬1姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 眷屬2姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 眷屬3姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 員工自提退休金 | □否 □是，自提\_\_\_\_\_% (上限為6%) |
| 所得稅扣繳 (以下欄位為月薪資$84500以上者才需填寫) | |
| 1. 扣繳方式：□依法扣繳 □每月預扣5%薪資 □每月預扣10%薪資 □其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. 受撫養眷屬人數：\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 | |
| **職業安全之調查:**  因考量工作性質及職業安全，為避免於工作廠區內發生危險，公司欲關懷員工是否有偶發性心悸、休克及昏眩之  情事? □否 ； □是，情況為\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  申請人簽名/日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**【影本提供】**

身份證正反面影本 (必提供)

|  |  |
| --- | --- |
| 身份證影本  （正）浮貼 | 身份證影本  （背）浮貼 |

眷屬正反面影本 (有投保眷屬才需提供，若欄位不夠請自行增加黏貼於後方)

|  |  |
| --- | --- |
| 投保眷屬1身份證影本  （正）浮貼 | 投保眷屬1身份證影本  （背）浮貼 |