

基隆市立建德幼兒園 112 學年度第 2 學期

第 1-2 次代理教師甄選報名表

甄選證編號：_____

113 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------|------|------|----|--------|--|---|--|--|------|--|--|--|--|
| 報考學校 | | | | | 申請人簽章 | | | | | 報名類別 | | | | |
| 姓名 | 性別 | 出生 | 年 | 月 | 日 | 身分證統一編號 | | | | | | | | |
| 通訊住址 | | | | | | 電話 | | | | | | | | |
| 學歷 | 畢業學校 | (1) | | | | (2) | | | | | | | | |
| 經歷 | | | | | | 現職 | | | | | | | | |
| 甄選項目及成績 | 項目 | 原始分數 | 百分比 | 成績 | 最低錄取成績 | 審查簽章 | 貼 相 片 處 二吋半身正面照片 請貼最近三個月 | | | | | | | |
| | (1)試教 | | 60% | | | | | | | | | | | |
| | (2)口試 | | 40% | | 甄選結果 | | | | | | | | | |
| | 總計 | | 100% | | 備註 | 1. 有關證件以原始證件為準影印無效。 2. 請親自報名或委託報名，通訊報名不予受理。 | | | | | | | | |

基隆市立建德幼兒園 112 學年度第 2 學期
第 1-2 次代理教師甄選成績通知單

甄選證編號：_____ 姓名：_____

| 科目 | 試教 | 口試 | 合計 | 最低錄取成績 | 錄取與否 |
|------|-----------------------------------|-----|------|--------|------|
| 原始分數 | | | | | |
| 百分比 | 60% | 40% | 100% | | |
| 成績 | | | | | |
| 備註 | 報考人對成績如有疑問，請於放榜後三日內逕向各報考學校申請成績複查。 | | | | |

基隆市立建德幼兒園 112 學年度第 2 學期
第 1-2 次代理教師甄選

黏
貼
相
片
處

報考學校：_____

姓名：_____

甄選號碼：_____

填發日期：中華民國 113 年 2 月 5 日

- 附記：1. 本證請隨身攜帶，應試時，請主持人簽章。
2. 每項應試時，請準時到達，逾時十五分鐘不得進場。
3. 甄選地點：各報考學校。

| | | |
|-------|---------------------|----|
| 甄選日期 | 113 年 2 月 5 日 (星期) | |
| 甄選項目 | 試教 | 口試 |
| 時間 | | |
| 主持人簽章 | | |

未違反各項規定切結書

本人 確未有違反教師法第 19 條、教育人員任用條例第 31 條、第 33 條、教保服務人員條例第 12 條、第 13 條第 1 項各款及規定不得報考之情事；無台灣地區與大陸人民關係條例第 21 條第 1 項所定不得任用之情事，並同意依個人資料保護法規定授權報考學校及有關機關查證本人個人資料，並依甄選簡章之規定辦理。如發現本人有任何違反各項規定或持偽造證明文件之事證，同意無條件放棄錄取資格，於錄取聘任後亦無條件解聘之，如涉及刑責自負之，特此切結。

切結人：

(簽章)

國民身分證統一編號：

出生年月日：

聯絡電話：

聯絡地址：

中華民國 113 年

月

日

基隆市立建德幼兒園 112 學年度第 2 學期

第 1-2 次代理教師甄選

報名委託書

本人 因事無法親自參加基隆市立建德
幼兒園 112 學年度第 2 學期第 1-2 次代理教師甄選報名
作業，特全權委託 先生（小姐）代理相
關手續。

此致

基隆市立建德幼兒園

委 託 人 ：

（簽章）

身分證統一編號：

聯絡電話：

戶籍地址：

受委託人：

（簽章）

（應為成年人且具行為能力）

身分證統一編號：

聯絡電話：

戶籍地址：

中 華 民 國 1 1 3 年 月 日

附註：請受託人攜帶本人及委託人雙方之國民身分證正本驗明身分，影本不予受理。

基隆市立建德幼兒園 112 學年度第 2 學期

第 1-2 次代理教師甄選

身心障礙、重大傷病及突發傷病等考生應考服務申請表

准考證號碼：

| | | | | | |
|---------|---|----------|--|------|-------|
| 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 月 日 |
| 通訊地址 | 緊急聯絡人 | | | | |
| | 連絡電話 | | | | |
| | 行動電話 | | | | |
| 電話 | E-mail 信箱 | | | | |
| 身心障礙證明 | 字號： 障礙類別： 障礙等級： 重新鑑定日期： | 障礙情形 | <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙：(<input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 弱視) <input type="checkbox"/> 肢體障礙： 障礙部位： <input type="checkbox"/> 上肢單側慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢單側非慣用手 <input type="checkbox"/> 上肢雙手 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 其他障礙(說明需求)： _____ | | |
| 申請服務項目 | <input type="checkbox"/> 輔助設備 (考生自備，需經檢查後使用) <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 輔具 (含助聽器) <input type="checkbox"/> 醫療器材 其他 <input type="checkbox"/> 安排在一樓或設有電梯之試場 <input type="checkbox"/> 特殊桌椅 (請說明所需設備及規格)：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |
| 繳驗證件 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 (報名時仍在有效期限，繳交影本正反兩面) <input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定醫療機構開具之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 相關醫療證明 (重大傷病或突發傷病考生檢附) | | | | |
| 審查小組承辦人 | | 審查小組認定結果 | <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 | | |

※本申請表請於報名時繳交