

3.

大千健康醫療體系員工任職推薦函

申請時間： 年 月 日

院內員工填寫:推薦者(申請人)姓名		院區/單位		聯絡電話(手機)	
院外人士填寫:推薦者(申請人)姓名		聯絡電話(手機)		聯絡電話(家裡)	
推薦內容					
被推薦者姓名		職稱			
個人特質					
學習態度					
個人成就					
特殊才能					
專案經驗					
以下由被推薦者填寫					
被推薦者姓名		面試日			
應徵單位		性別			
應徵職稱		生日			
與推薦者之關係	關係：	相識時間：			
預定到職日	年 月 日				
工作經歷					
公司	單位	職稱	起迄		
簽 章	推薦者(申請人)親簽：_____ 被推薦者親簽：_____				
備註： 本表單須於面試前(含面試當日)完成並交至人資室審核，逾期恕不受理					
人資室審核	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 <input type="checkbox"/> 試用期滿日：____年____月____日 <input type="checkbox"/> 人資經辦：_____				
推薦者(申請人)	單位主管	人資主管	副院長	財務長	院長

備註：1. 推薦人(申請人)需備齊文件(1)任職推薦函(2)請款單 2 份(3)領據單 2 份(4)轉帳帳號影印 2 份。

2. 審核基準：(1)被推薦人須具備護理師或護士證書，且須服務於輪三班之護理單位(限病房、急診及 ICU)，並配合排班。(2)被推薦人須具備藥師證書(3)被推薦人須經過試用期評估合格，且與本院簽立服務合約 1 年。
3. 經審核不通過由人資室通知領回(1)請款單 2 份(2)領據單 2 份(3)轉帳帳號影印 2 份。
4. 經審核通過：經審核通過推薦獎金於新人(被推薦人)到職(試用期滿)次月 25 號轉帳及第 6 個月 25 號轉帳。