## 附件1報名表

**馬偕醫學院**

**2020年招收在港就讀之港澳生、外國學生及港澳具外國國籍之華裔學生來臺轉學考試報名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 報考學系 | □學士班轉學 (轉入□大二醫學系 □大三醫學系) |
| 報考身分別 | □港澳生 □港澳具外國國籍之華裔學生 □外國學生 |
| 申請人資料 | 中文姓名 |  | 英文姓名 |  | 請自行貼妥近 6 個 月 2 吋彩色脫帽正面半身照\*勿用生活照、影印、 印表機列印模糊不清 之照片 |
| 出生日期 | yyyy.mm.dd | 籍貫(省) | \_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_縣(市) |
| 國別/地區 |  | 出生地 |  |
| 港澳永久居留身分證號碼 |  | 外國身分證號碼 |  |
| 港澳或外國護照號碼 |  | 居留時間 | □出生至今□\_\_\_\_年移入 |
| 地址 |  |
| email |  |
| 電話 |  |
| 就學狀況 | 就讀學校 |  | 就讀科系及年級 |  |
| 起訖年月 |  | 學校網址 |  |
| 家長資料 | 父親中文姓名 |  | 母親中文姓名 |  |
| 父親英文姓名 |  | 母親英文姓名 |  |
| 父親生日 | yyyy.mm.dd | 母親生日 | yyyy.mm.dd |
| 存歿 |  | 存歿 |  |
| 籍貫 |  | 籍貫 |  |
| 國籍 |  | 國籍 |  |
| 在臺聯絡人姓名 |  | 在臺聯絡人關係 |  |
| 在臺聯絡人電話 |  | 在臺聯絡人地址 |  |
| 是否為身心障礙人士或需「特殊照護」或「特殊教育」者：□否 □是（說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） |
| 注意事項1.所填資料務必正確屬實。2.凡報名本招生者，即表示同意授權本校將其個人資料運用於本招生試務使用，並同意將個人資料（含成績）提供本校學系及主管機關（教育部、僑委會）。 | 本已詳閱並清楚招生簡章規定申請人親筆簽名： 法定代理人親筆簽名：

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 |

**※請用word編輯填寫，並親筆簽名、註明日期後，掃描為pdf檔與其他書審資料檔案合併為同一個檔案回傳，另word檔也請一併寄回。**