## 附件1報名表

**馬偕醫學院**

**109學年度境外臺生因應疫情返臺就學銜接專案(第二梯次)報名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請學制 | | □碩士班 □博士班 | | | | | | | | | 請黏貼最近3個月內2吋正面半身脫帽照片  (請勿使用生活照、影印或模糊不清之照片) |
| 申請院系班組 | | 研究所 | | | | | | | | |
| 申請人姓名 | | (中文) | | | | (英文) | | | | |
| 出生年月日 | | 民國 年 月 日 | | | 性別 | | □ 男 □ 女 | | | |
| 身分證字號 | |  | | | | | | | | |
| 聯絡方式 | | (O) (H) (手機) | | | | | | | | | |
| 戶籍地址： | | | | | | | | | |
| 郵寄地址： | | | | | | | | | |
| E-Mail：《本校將以E-Mail與考生聯繫，請正確填寫，避免影響權益》 | | | | | | | | | |
| 就學狀況 | 學 歷 | □ 國外學歷：國家　　　　　　、州別　　　　　　（無則免填）  □ 香港澳門學歷　　□ 大陸地區學歷 | | | | | | | | | |
| 學校名稱 |  | | | | | | 就讀起迄期間 | | 年 月起 至 年 月 | |
| 就讀科系 |  | | | | | |
| 請黏貼國民身分證正面影本  (須清楚可辨識) | | | | 請黏貼國民身分證背面影本  (須清楚可辨識) | | | | | | | |
| 緊急聯絡人姓名 | |  | 關係 |  | | | | | 手機 | |  |
| ★注意事項  考生填妥表列資料後，務必印出親筆簽名，掃描後與審查資料合併成為一個PDF檔寄送。未寄送審查資料者，本校得視同未完成報名，考生不得異議。 | | | | ★本人已詳閱招生簡章規定，所填資料均正確無誤。  ★本人未曾於國內各大學依據教育部境外臺生專案第一梯次招生錄取註冊，且未獲在港臺生專案之錄取分發註冊。  **考生本人簽名具結：**  109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。