

馬偕醫學院延期註冊請假申請書

姓名		系所 班別	_____系/所____組____年級	申請 日期	年 月 日		
學號			<input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 碩班 <input type="checkbox"/> 碩專班 <input type="checkbox"/> 博班 <input type="checkbox"/> 二年制				
申請原因	<input type="checkbox"/> 出國 <input type="checkbox"/> 因病 <input type="checkbox"/> 因服兵役 <input type="checkbox"/> 其他特殊原因：_____ (請說明)			生日	年 月 日	性別	
補註冊日期	_____年_____月_____日 (註冊假至多以一週為限)						
附繳證件	申請原因相關證明文件						
通訊處	郵遞區號□□□ 電話：(____) _____ 行動電話：_____ (必填) _____縣市 _____鄉鎮市區 _____路街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 樓						
申請人		簽章	未成年或受監護宣告者 須經家長或監護人同意：_____簽章				
初核	系/所辦		系主任/所長				
複核	學籍承辦人	註冊組長			教務長		