

# 馬偕醫學院新生委託他人代辦註冊申請書

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			生日	年 月 日	性別	
附繳證件	一、委託書 二、申請原因相關證明文件						
通訊處	郵遞區號 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話：(____) _____ 行動電話：_____ (必填)						
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		