**109學年度 元培醫事科技大學醫務管理系四技招生報名意願調查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 身分證字號 |  | 浮貼相片1張 |
| 性別 | 🞎男 🞎女 | 出生日期 |  年 月 日 |
| 報考身分 | 🞎高職生(含綜合高中)🞎應屆高中普通科生(為109年6月畢/肄業生)🞎同等學力(含非應屆高中生、專科畢/肄業、大學畢/肄業) |
| 報考系別 | 日間部 | 🞎醫務管理系 醫療產業管理組🞎醫務管理系 健康管理組【※日間部學制應屆普通高中學生只得以高中申請入學管道入學】 |
| 通訊地址 |  |
| 聯絡電話 | 住宅：\_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | 手機：\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| 電子信箱 |  @ |
| 畢(肄)業學校 |  學校 科 |
| 學歷 | □已畢(結)業生： 年 月 □應屆畢(結)業生： 109 年 月□具同等學力資格 |
| 緊急聯絡人 | 姓名 | 關係 | 手機 |
|  | 🞎父子女 🞎母子女🞎兄弟姐妹 🞎其他\_\_\_\_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| 考生切結事 項 | 本表所填各項資料及所附文件均經本人詳實核對無誤，若有不實，本人願受招生委員會處置，絕無異議。考生簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 身分證影本浮貼處(正面) | 身分證影本浮貼處(背面) |

 推薦人： 填寫日期： 年 月 日

* 本報名單完成後請郵寄至「300新竹市元培街306號 元培醫事科技大學醫務管理系」 或傳真至03-6102323 林小姐