|  |
| --- |
| **馬偕學校財團法人馬偕醫學院學生英文能力鑑定申請表** |

**申 請 人： 學 號： 入 學 年： 20 年9月(西元年)**

**系 別： 班(組)別： 申請日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 符合之英文能力項目及相關證明文件**※所附資料如有不實及偽造情事，由學生本人負相關法律責任** | **□ 英文文能力檢測** 檢測名稱：  測驗日期：西元 年 月 日 分 數： 或級別：  【請檢具成績單或證書正本查驗(另附影印本一份)】 | | |
| **□ 英語為母語** 國籍：  【請檢附國籍證明文件正本查驗(另附影印本一份)】 | | |
| **□ 入學前曾於全英語授課高中或大學就讀一年以上** 英語系學校校名：  就讀期間：西元 20 年 月至西元 20 年 月 【請檢附證明文件正本查驗(另附影印本一份)】 | | |
| 報名費補助審核  ※入學(以當學年度註冊日為依據)後，通過檢定符合標準者，可檢據申請補助。 | **□ 未符合補助標準**  **□ 符合補助標準(補助 元)**，**應繳交以下文件：**  **報名費收據正本**(遺失請向檢測或代辦單位申請補發)  申請人存摺封面影本  領款憑單(請至課務組網頁列印或至課務組索取) | | |
| **1.學系初核** | **2.全人教育中心審核** | **3.課務組複核** | **4.教務長核定** |
| * 符 合 * 不符合   承辦人：  日期： 年 月 日  主 管：  日期： 年 月 日 | * 符 合 * 不符合   承辦人：  日期： 年 月 日  主 管：  日期： 年 月 日 | * 符 合 * 不符合   日期： 年 月 日 | 日期： |