

馬偕醫學院 _____ 學年度第 _____ 學期學籍資料異動申請書

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

姓名		學號		系所年級				
身分證字號		出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	狀態	<input type="checkbox"/> 在校生 <input type="checkbox"/> 畢、肄業	
更改項目	<input type="checkbox"/> 中/英文姓名	更改前		更改後				
	更改中文名字須檢附身分證正反面影本及戶籍謄本/修改英文名字須附護照影本，在校生申請更名者，須將舊學生證繳回註銷，並另申請換發新證。							
	<input type="checkbox"/> 行動電話	更改前		更改後				
	<input type="checkbox"/> 戶籍地址 (永久通訊資料)	更改前	□□□					
		更改後	□□□					
	更改戶籍資料須檢附身分證正反面影本或戶籍謄本或戶口名簿影本。							
	<input type="checkbox"/> 郵寄地址	更改前	□□□					
更改後		□□□						
家長或監護人簽名		(未成年或受監護宣告者須經家長或監護人簽名)						
<input type="checkbox"/> 其他								
身份證影本 (正面)				身份證影本 (反面)				
<p>說明：</p> <p>1. 戶籍地址為本校寄發成績通知單、註冊通知單、繳費通知單及重要資料之預設地址。</p> <p>2. 學生可申請更改本校寄發成績通知單、註冊通知單、繳費通知單及重要資料之地址為郵寄地址，惟申請者若為未成年或受監護宣告者須經家長(或監護人)簽名同意。※郵寄地址攸關重要通知事項，以同個人實際居住地為原則，如填列其他地址而致無法收件，責任概由學生自負※</p>								
申請人簽名				註冊組				
				日期：				
				檢附文件已備齊且無誤，確認修改。				