

馬偕醫護管理專科學校學生宿舍床位確認聲明書

申請校區(請勾選)：關渡校區 三芝校區 (合格名單依網路公告為主)

申請學期：_____年度第____學期

_____科 _____年 _____班，學號_____ (新生免填)，

姓名_____，本人確認保留宿舍床位。

備註：

- 一、逾期未提出申請者，視同放棄床位，所餘床位由生輔組控管運用。
- 二、床位保障一學年(一學年申請一次)，分為上下學期繳費，上下學期均須提出床位確認聲明書，方得保留床位。
- 三、繳交床位確認聲明書並經生輔組核定床位公告前始提出放棄者，依校規記過乙次。
- 四、**學期末確認住宿名單公告後非因休(退)學因素再提出退宿申請者，住宿費全額不退費。**
- 五、本聲明書須經家長簽章始具效力。

學生簽章：_____ 學生連絡電話：_____

家長簽章：_____ 家長連絡電話：_____