

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校  
保留入學資格申請書

|            |   |      |    |     |  |
|------------|---|------|----|-----|--|
| 學制         | <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 夜普通班 <input type="checkbox"/> 在職專班 |      |    |     |  |
| 科別         | 科   | 班級   | 年  | 班   |  |
| 學號         |   |      | 姓名 |     |  |
| 本籍         |   | 出生地  |    | 出生日 |  |
| 申請保留入學資格原因 |   |      |    | 備註  |  |
|            |   |      |    |     |  |
| 申請人        | 學生簽章：<br>家長簽章：<br>通訊地址：<br>聯絡電話：  |      |    |     |  |
| 承辦人        | 註冊組長  | 教務主任 | 校長 |     |  |
|            |   |      |    |     |  |

附註：申請保留入學資格須繳附：

1. 公私立醫院診斷證明書。
2. 特殊事故有效證明文件。