

附表一

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生  
報名表

姓名		報名序號	(本欄由本會填寫)										正面半身照片 請貼兩吋脫帽 背面請寫名字			
出生日期	民國 年 月 日	身分證 統一編號														
住家電話		考生手機														
畢業學校	澎湖縣_____國民中學 <input type="checkbox"/> 應屆畢業生 年 班 <input type="checkbox"/> 非應屆畢業生															
監護人 姓名		監護人 關係		監護人 手機												
通訊地址	880____澎湖縣_____市/區/鄉/鎮_____路/街 _____段_____巷_____弄_____號_____樓															
報考科別	日間部五專部護理科(澎湖專班公費生)															
成績採計項目		分數	證明文件說明										繳件資料確認			
報考資格			澎湖縣國民中學在學證明(學生證)或學歷(力)證明文件										<input type="checkbox"/>			
學習領域平均成績得分		60	國民中學前四學期學生個人成績證明單										<input type="checkbox"/>			
自傳		40	限 600 字以內，簡述成長背景、求學經歷、學習規劃、社團參與及專長培養等										<input type="checkbox"/>			
弱勢身分			具有低收入戶、中低收入戶、直系血親尊親屬支領失業給付或特殊境遇家庭證明者										<input type="checkbox"/>			
考生簽認	本人報名德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生，已了解及同意考生本人個人資料蒐集、處理及利用；並已完全了解招生簡章各項規定，若違反招生簡章各項規定，願意遵守招生委員會處置絕無異議，特此具結。 考生簽名：_____。															
國民身分證正面影本黏貼處 (請剪適當大小貼好)						國民身分證反面影本黏貼處 (請剪適當大小貼好)										
承辦人填寫(收費金額)		<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯票 <input checked="" type="checkbox"/> 轉帳 新台幣										元	資格： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合			

附表二

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生

報名費收據

報名費 收據

(本會存查聯)

報名序號	姓名	國中學校	※報名費
			繳費方式： <input checked="" type="checkbox"/> 轉帳
			新台幣
			<input type="checkbox"/> 200 元整 <input type="checkbox"/> 80 元整
			<input type="checkbox"/> 免繳

收 款 人：

德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生

報考證明及報名費收據

茲證明考生已完成報名程序，並繳交報名費：

- 一般生報名費為新台幣 200 元整。
- 中低收入戶優待報名費為新台幣 80 元整，並檢附證明文件乙份。
- 低收入戶優待報名費免繳，並檢附證明文件乙份。

報名費 收據

(學生收執聯)

報名序號	姓名	國中學校	※報名費
			新台幣
			<input type="checkbox"/> 200 元整 <input type="checkbox"/> 80 元整
			<input type="checkbox"/> 免繳

收 款 人：

德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生

### 報名資料黏貼表

考生姓名：\_\_\_\_\_ ※報名序號：\_\_\_\_\_ (由本會填寫)

報名資料可使用迴紋針或釘書針固定於左上角。

學生證或學歷(力)證明文件
---------------

國民中學前四學期學生個人成績證明單正本 (需蓋教務單位戳章)
七年級上學期成績單
七年級下學期成績單
八年級上學期成績單
八年級下學期成績單

自傳
----

※限 600 字以內，簡述成長背景、求學經歷、學習規劃、社團參與及專長培養等。

弱勢身分證明文件(無者免附)
----------------

※具有低收入戶、中低收入戶、直系血親尊親屬支領失業給付或特殊境遇家庭證明者。

其他相關證明資料文件
------------



德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生

報名資料補交切結書

本人\_\_\_\_\_報考德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生，本人切結於報到前必將資料補齊，若錄取報到時無法繳交資料，願依貴會規定喪失錄取資格，且不得以任何理由要求退還報名費，本人絕無異議。

此致

德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會

報到前補交資料：\_\_\_\_\_

立切結書人：\_\_\_\_\_ (簽章)

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

中華民國 114 年 月 日

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生

複查成績申請書

考生姓名	
報名序號	
聯絡手機	
報考科別	五專部護理科(澎湖專班公費生)
複查科目	總成績_____分 考生簽章：_____申請日期 114 年 月 日
<b>複查結果(由招生委員會填寫)</b>	
複查後成績：總成績： <input type="checkbox"/> 不更正； <input type="checkbox"/> 更正為_____分	
德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會：	

※「複查後成績」無需填寫。

※本複查成績僅查核總成績加總有無錯誤，不得要求重審。

※考生如對成績有疑義時，應於複查截止日 114 年 3 月 12 日(星期三)15:00 前填妥「複查成績申請書」，連同成績單影本(請考生於本校網頁自行列印)以傳真方式先行提出並來電告知確認，逾期概不受理。傳真後以限時掛號方式郵寄申請書原稿、成績單影本及複查費用新台幣 50 元整(以轉帳方式繳交)至本校教務處招生組，註明「複查五專護理科(澎湖專班公費生)成績」，本校會於收到考生申請信件後予以回覆。

傳真電話：(02)2437-6243；

聯絡電話：(02)2437-2093 轉 888 或 208

收件者：德育學校財團法人德育護理健康學院教務處招生組收(203301 基隆市中山區復興路 336 號)

※複查費用請以轉帳方式繳交，並連結至本管道「回覆轉帳表單」點選「其他」項目，備註複查成績。

附表七

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生  
放棄錄取資格聲明書

申請日期：114 年 月 日 (本校存查聯)

錄取生姓名		身分證統一編號																		
就讀國中	澎湖縣_____國民中學	聯絡電話																		
錄取科別	五專部護理科(澎湖專班公費生)																			
本人經由德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生錄取，現因故自願放棄錄取資格，絕無異議，特此聲明。此致 德育學校財團法人德育護理健康學院 (由本校蓋戳章)																				
										錄取生簽章：_____										
										家長(監護人)簽章：_____										

德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生  
放棄錄取資格聲明書

申請日期：114 年 月 日 (錄取生存查聯)

錄取生姓名		身分證統一編號																		
就讀國中	澎湖縣_____國民中學	聯絡電話																		
錄取科別	五專部護理科(澎湖專班公費生)																			
本人經由德育學校財團法人德育護理健康學院 114 學年度澎湖地區五專護理科專班公費生單獨招生錄取，現因故自願放棄錄取資格，絕無異議，特此聲明。此致 德育學校財團法人德育護理健康學院 (由本校蓋戳章)																				
										錄取生簽章：_____										
										家長(監護人)簽章：_____										

注意事項：

- 錄取生完成報到後，若欲放棄錄取資格者，應填妥附表七「放棄錄取資格聲明書」，於 114 年 3 月 26 日(星期三)15:00 前向本校傳真(02)2437-6243，並同時以電話 (02)2437-2093 分機 218 向註冊組確認後，再以限時掛號郵寄(郵戳為憑，逾期不予受理)至本校教務處註冊組。
- 放棄錄取資格手續完成後，不得以任何理由撤回聲明書，請錄取生及家長(或監護人)慎重考慮。