

德育學校財團法人德育護理健康學院
114學年度第2學期進修部二技轉學考報名表

(本表請親自以正楷填寫，如有塗改請於塗改處加蓋印章)

報名序號	(考生勿填)				照片黏貼處 請實貼 (背面請寫姓名、報名 學制二技及系別)
中文姓名			英文姓名	(請與護照相同)	
身分證號碼			出生日期	民國 年 月 日	
聯絡資訊	電 話	()		行動電話	
	通訊地址	□□□			
	e-mail				
緊急聯絡人	姓名			電話	
報名科系	<input type="checkbox"/> 幼兒保育系 <input type="checkbox"/> 護理系 <input type="checkbox"/> 餐旅廚藝管理系 <input type="checkbox"/> 高齡照顧福祉系 <input type="checkbox"/> 觀光休閒與健康系			請依志願在 <input type="checkbox"/> 內填寫 1~5順位	
報名資格 (原就讀學校)	校名/科系	系(科)		身分別	<input type="checkbox"/> 在校生 <input type="checkbox"/> 畢業生 <input type="checkbox"/> 休學生 <input type="checkbox"/> 碩業生
	學制	<input type="checkbox"/> 大學/四技 <input type="checkbox"/> 二技		兵役	<input type="checkbox"/> 已服役 <input type="checkbox"/> 未服役 <input type="checkbox"/> 免役
畢(肄)業情形	民國 ____ 年 ____ 月 修畢第 ____ 年級第 ____ 學期				
身分證正面影本			身分證反面影本		
簽認	本人報名德育學校財團法人德育護理健康學院 114學年度第2學期進修部二技轉學考試，已了解及同意考生本人個人資料蒐集、處理及利用；並已完成了解招生簡章各項規定，若有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。				
報名學生親自簽章:					

檢核程序	(一)證件核驗	(二)繳費	(三)複核蓋印
申請人請勿填寫 由招生委員會填寫	負責人簽章	考生身分別 <input type="checkbox"/> 一般生 600元 <input type="checkbox"/> 低收入戶 0元 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 240元 <input type="checkbox"/> 曾就讀本校 300元 收款人:	負責人簽章

德育學校財團法人德育護理健康學院
114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考報名證件黏貼處

學歷(力)證件影印本(如為休學/修業證明書，請提供正本)

歷年成績單正本

工作經歷相關證件影印本

「退伍日期證明」或「准予報名證明書」(現役軍人)請浮貼於此

專業證照(一)正面影印本請浮貼於此

專業證照(一)反面影印本請浮貼於此

低收入戶證明正面影印本請浮貼於此

低收入戶證明背面影印本請浮貼於此

郵政匯票裝訂處(請以訂書機裝訂於此)。

**德育學校財團法人德育護理健康學院
報名費收據**

德育學校財團法人德育護理健康學院 114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考報名費收據				
本會存查聯(第一聯)				
報名序號	學制	姓名	繳費方式	金額
(請勿填寫)	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專		<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯票	新臺幣 元
※上列個人資料請先填寫※				收款人：
<input type="checkbox"/> 一般生 600 元 <input type="checkbox"/> 低收入戶 0 元				
<input type="checkbox"/> 中低收入戶 240 元 <input type="checkbox"/> 曾就讀本校 300 元				
德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會				

-----本虛線請勿自行裁開-----

德育學校財團法人德育護理健康學院 114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考報名費收據				
本會存查聯(第二聯)				
報名序號	學制	姓名	繳費方式	金額
(請勿填寫)	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專		<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯票	新臺幣 元
※上列個人資料請先填寫※				收款人：
<input type="checkbox"/> 一般生 600 元 <input type="checkbox"/> 低收入戶 0 元				
<input type="checkbox"/> 中低收入戶 240 元 <input type="checkbox"/> 曾就讀本校 300 元				
德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會				

-----本虛線請勿自行裁開-----

德育學校財團法人德育護理健康學院 114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考報名費收據				
學生收執聯(第三聯)				
報名序號	學制	姓名	繳費方式	金額
(請勿填寫)	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專		<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 匯票	新臺幣 元
※上列個人資料請先填寫※				收款人：
<input type="checkbox"/> 一般生 600 元 <input type="checkbox"/> 低收入戶 0 元				
<input type="checkbox"/> 中低收入戶 240 元 <input type="checkbox"/> 曾就讀本校 300 元				
德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會				

-----本虛線請勿自行裁開-----

德育學校財團法人德育護理健康學院114學年度招生委員會 登記證

登記證 號碼		姓名

經辦人：

- 1.「報名序號」欄請勿填寫，其餘三欄請自行填寫。
- 2.本登記證經完成報名手續後，由本會核發。

德育學校財團法人德育護理健康學院

補齊報名資料切結書

姓名：_____ 報名序號：_____ 報名

二技_____ 系(填第一志願)二專_____ 科

於報到前補齊報名資料，若錄取報到時無法繳交

修業證明書正本；歷年成績單正本；其他_____ 資料，願依貴會規定喪失錄取及入學資格，
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

-----學生證請沿此線浮貼-----

學生證正反面影本浮貼處

(須加蓋原校教務單位戳章)

姓 名 : _____

身分證字號 : _____

日 期 : _____

代理報名委託書

收件編號：

茲委託代理人(被委託人)辦理「**德育學校財團法人德育護理健康學院 114學年度第 2 學期進修部二技/二專轉學考招生報名**」，若因此遭致權益受損，本人(委託人)願負一切責任，敬請准予代理人辦理相關手續。

此致

德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會

委 託 人 : (簽章)

委託人身分證字號：

被 委 託 人 : (簽章)

被委託人身分證字號：

被委託人通訊地址：

被委託人電話：()

中華民國 年 月 日

德育學校財團法人德育護理健康學院
114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考報名
複查成績申請書

報名序號			
考生姓名			
聯絡電話			
E-mail			
報考年級	<input type="checkbox"/> 二技三年級_____系 <input type="checkbox"/> 二專一年級_____系		
複查科目	在校學業歷年平均成績_____分 其他有利審查資料成績_____分 考生簽章：_____ 申請日期： 年 月 日		
複查結果 (考生勿填)	在校學業歷年平均成績： <input type="checkbox"/> 不更正 <input type="checkbox"/> 更正為_____分 其他有利審查資料成績： <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。

※考生申請複查以一次為限。

※考生如對成績有疑義，應於115年1月22日(星期四)16:00前填妥複查成績申請書附表七並檢附成績單影本(請考生於本校網頁自行列印)，先行以傳真方式提出申請且來電確認，逾期不予受理；請將複查申請書原稿、成績單影本及複查費用50元(複查費請以郵政匯票方式繳交，受款人請填寫「德育學校財團法人德育護理健康學院」)以限時掛號寄至本校進修部辦公室並註明「複查進修部轉學考成績」，所有符合規定手續申請複查考生均予分別答覆。

傳真電話：(02)2437-7338

連絡電話：(02)2437-2093 分機 502、504

收件地址：203301 基隆市中山區復興路336號 進修部辦公室 收

德育學校財團法人德育護理健康學院
114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考錄取生放棄錄取資格聲明書
本會存查聯(第一聯)

報名序號		姓名		電話	
		身分證字號		家長(監護人) 電話	
本人經由轉學報名錄取貴校		學制	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專	_____系(科)	
<p>因故放棄錄取資格，特此聲明。</p> <p>此致德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會</p>					
本人簽章		家長(監護人) 簽章		日期	年 月 日
進修部 蓋 章					

德育學校財團法人德育護理健康學院
114學年度第2學期進修部二技/二專轉學考錄取生放棄錄取資格聲明書
學生存查聯(第二聯)

報名序號		姓名		電話	
		身分證字號		家長(監護人) 電話	
本人經由轉學報名錄取貴校		學制	<input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 二專	_____系(科)	
<p>因故放棄錄取資格，特此聲明。</p> <p>此致德育學校財團法人德育護理健康學院招生委員會</p>					
考生簽章		家長(監護人) 簽章		日期	年 月 日
進修部 蓋 章					

注意事項：

- 1.錄取生欲放棄錄取資格者，請填妥本聲明書並經家長(或監護人)簽章後，檢附錄取通知書或成績通知單於**民國 115 年 2 月 4 日(星期三)16:00 前**(郵戳為憑，逾期不予受理)，連同本聲明書限時掛號郵寄至**德育學校財團法人德育護理健康學院進修部辦公室**收。
- 2.聲明書由本校進修部辦公室蓋章後，第一聯由本校存查，第二聯寄回**學生存查**。
- 3.聲明放棄錄取資格手續完成後，不得以任何理由撤回，請錄取生及家長慎重考慮。