

高雄醫學大學保留入學資格申請書

Kaohsiung Medical University Request for Deferral Admission Form

| | | | |
|-----------------------------|---|---------------|--|
| 申請人姓名 Full Name | | 系所 Program | |
| 學號 Student ID # | | | |
| 事由 Reason for Deferral | | | |
| 期間 Year | Academic Year _____ to _____ (1 year) | | |
| 聯絡資料 Contact Information | 家長(Guardian) : 地址(Address) : 電話(Phone Number) : | | |

注意事項

新生符合下列資格者，得辦理保留入學資格，並以一年為限。

- 一、因病須長期休養，且在短期內無法恢復者；須檢附公立醫院或教學醫院之住院證明書，醫療文件於核發保留入學證明書時，立即歸還予學生。
- 二、依法應徵召服役者，兵役文件於核發保留入學證明書時，立即歸還予學生。
- 三、學生因懷孕、分娩或撫育三歲以下子女並持有證明書者。
- 四、因不可抗力所致之特殊事故，而無法在該學期開學時入學者。

Freshman to request deferred admission to Kaohsiung Medical University for *one year*, you will have to meet *one* of the following requirements and provide valid documents as an attachment.

1. **Critical illness.**
2. **Military service.**
3. **Pregnancy or raising children under 3 years old.**
4. **Unpredictable reasons cause disruptive event.**

我了解並同意上述申請保留入學資格相關規定，如有違反規定或未能於保留入學期滿時辦理註冊手續，將會喪失入學資格。

I understand and agree to the requirement of the Kaohsiung Medical University Deferred admission tgs wkt go gpw0

Kvpf gtucpf 'y g' lckm g' q' b gg' vj g' tgs wkt go gp' v' cpf 'j g' f' gcf n' pgu' qh' f' g' h' t' t' g' f' ' c' f' o' k' u' k' q' p' y' k' n' i' t' g' u' w' n' l' p' ' b' { ' t' g' x' q' e' c' v' k' p' ' q' h' ' c' f' o' k' u' k' q' p' u' 0

個人資料蒐集告知內容

高雄醫學大學為協助新生辦理保留入學申請相關作業之目的，須蒐集您的姓名、電話、地址、家長姓名及其他證明文件等個人資料(辨識類：C001辨識個人者、C052資格或技術、C023家庭其他成員之細節、C064工作經驗、C040意外或其他事故及有關情形、C066健康與安全紀錄、C111健康記錄)，作為保留入學資格申請作業審核及台灣地區內進行聯繫。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫及資料未備妥，則可能對您的保留入學資格申請作業有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第3條的當事人權利，請洽本校教務處註冊課務組。本人已詳細閱讀上列告知事項並完全明瞭其內容。

簽名(Signature): _____

日期(Date): _____

For Authorized Officials Only

| | | | |
|----------|--------|-----------|-----|
| 系主任 / 所長 | 兵役緩徵人員 | 註冊課務組/研教組 | 教務長 |
| | | | |