

高雄醫學大學學生更改地址申請書

申請日期：____年____月____日

學系		學號	
姓名		證明文件	<input type="checkbox"/> 身分證/居留證
連絡電話			<input type="checkbox"/> 戶籍謄本（限本國籍生）
			<input type="checkbox"/> 監護人證明文件
			<input type="checkbox"/> 本人切結
更改內容	<input type="checkbox"/> 通訊地址(成績單寄送地址) <input type="checkbox"/> 戶籍地址		
郵遞區號：			
地 址：			
學生簽章			
承辦人簽章			

備註：相關證明文件於驗證後即歸還。

個資蒐集告知內容
高雄醫學大學為協助學生更改地址申請作業之目的，須蒐集您的姓名、電話、地址、學號、系名及其他證明文件等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者、C003 政府資料中之辨識者、C031 住家及設施、C033 移民情形)，作為更改地址申請期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存 6 個月（需依實際狀況調整）。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您的更改地址申請作業有所影響。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。 本人以詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容
簽名：_____