

# 高雄醫學大學雙聯學制入學申請表

申請日期：      年      月      日

申請人姓名		護照 英文姓名				
系 所		學號				
出 生 日 期	年      月      日	性別				
在 學 狀 態	<input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 休學中 <span style="float: right;">(請檢附學生證正反面影本)</span>					
聯 絡 電 話		住 家 電 話				
通 訊 地 址						
戶 籍 地 址						
E - m a i l						
緊 急 聯 絡 人 ( 關 係 )	1. _____ (      ) 緊急聯絡電話： 2. _____ (      ) 緊急聯絡電話：					
申 請 校 學	國家： 學校： 系所： 預計出國就讀時程：_____學年度 _____學期 ( _____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月)					
繳 文 交 件	<input type="checkbox"/> 雙聯學制入學申請表 <input type="checkbox"/> 國外或大陸地區學校學生證、護照影本 <input type="checkbox"/> 歷年成績單正本(中、英文以外之語文，應附中文或英文譯本) <input type="checkbox"/> 中文或英文健康證明書(包括人類免疫缺乏病毒相關之檢查報告) <input type="checkbox"/> 財力證明書 <input type="checkbox"/> 英文能力檢定證明影本 <input type="checkbox"/> 中文及英文碩博士共同指導協議書(僅碩、博士申請生需繳交) <input type="checkbox"/> 推薦函一封 <input type="checkbox"/> 中文或英文讀書計畫書一份(字數、形式不限) <input type="checkbox"/> 其他依協議應附繳交之文件_____					
申 請 人 簽 名		指 導 教 授 簽 名		系 所 主 管 簽 名		院 長 簽 名

# 高雄醫學大學雙聯學制入學審核表(本校生)

收件日期：     年     月     日

申請人 姓名		申請 學校		
審 核 單 位	所屬系所：			
	承辦人	指導教授	系主任	院長
	國際事務處：			
	承辦人	學生交流組組長	國際長	
	教務處：			
	雙聯學制承辦人	教務企劃組組長	教務長	