

## 馬偕醫學院推廣教育報名表

學年 第 學期		申請日期： 年 月 日		
姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	第 2 張 浮貼
身分證號		生 日	年 月 日	第 1 張 實貼 二吋半身照片
最高學歷	學校名稱：科系(所)畢/肄：			
通訊地址	□□□			
連絡電話	住家：		手機：	
E-MAIL				
班 別	<input type="checkbox"/> 學分班(學分數： ) <input type="checkbox"/> 非學分班 <input type="checkbox"/> 隨班附讀 <input type="checkbox"/> 付費旁聽			
選 讀 修 課 資 料	科目名稱 / 學分數	選修 勾選	科目名稱 / 學分數	選修 勾選
	生理學 / 2 學分		藥理學 / 2 學分	
	倫理與法律概論 / 2 學分		婦女健康 / 2 學分	
共計：_____學分		應繳費用：_____學分 * 3,000元 + 雜費3,000元 + 報名費_____元 = 新台幣_____元		
繳 費 標 準	1. 報名費 300 元整(馬偕紀念醫院員工、本校教職員生及舊生免收報名費)。 2. 每學分 3,000 元整，依學生修習之學分總數收費。 3. 雜費 3,000 元整。			
注 意 事 項	1. 報名時請詳閱招生簡章。 2. 報名表請以正楷填寫清楚。 3. 學員每學期至多修18學分。 4. 報名資料請於 <u>108</u> 年 <u>01</u> 月 <u>31</u> 日前掛號寄至「新北市三芝區中正路3段46號 馬偕醫學院教務處綜合服務組」收(以郵戳為憑) 5. 審查通過之學員將以E-mail通知，請於規定期間內繳交學費，並將收據影本寄回教務處綜合服務組查核始完成選課程序。			
<b>繳交資料確認</b>				
<input type="checkbox"/> 相片二張 <input type="checkbox"/> 學歷證件影本 <input type="checkbox"/> 相關證件影本				

身份證正面黏貼處	身份證反面黏貼處
----------	----------

報名表請採【A4 雙面】列印，謝謝!