



中山醫學大學 新生保留入學資格申請表

申請日期： 年 月 日

系所年級別	系/所 年級		
學 號		姓 名	
出生日期	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
聯絡電話		手 機	
通訊地址			
保留學年度	學年度（至 年 月 日止） ※ 年限以壹年為限		
申請原因			
附繳證件	<input type="checkbox"/> 學歷證件(繳驗正本收影本) <input type="checkbox"/> 服役證明(徵集令或在營證明) <input type="checkbox"/> 本校附設醫或醫學中心出具證明 <input type="checkbox"/> 特殊事故證明 <input type="checkbox"/> 其他 ()		
家長簽章		①註冊課務組承辦人	
簽辦單位	②系所主管		③註冊課務組主任
	④教務長		⑤校長

備註：

1. 申請保留入學資格者，須於註冊日期前一星期內辦理。
2. 保留期限屆滿前一個月，應自行向教務處申請入學，否則即取消入學資格。