

編號：

登錄日期： 年 月 日

臺北醫學大學 103 學年度大學部優秀醫牙學系新生入學獎勵申請書暨切結書

姓名		學系		學號	
身分證字號		出生日期		性別	
畢業高中	學校名稱： 學校所在縣市：	聯絡方式	手機： 市話：		
通訊處	()				
申請資格	依「臺北醫學大學大學部優秀醫牙學系新生入學獎勵作業細則」辦理。 (詳背面作業細則全文)				
應繳證件	<input type="checkbox"/> 甄選獲錄取國立大學之證明，或第一階段學科能力測驗成績達滿級分。 <input type="checkbox"/> 考試分發入學指定考試成績單及志願表影本。 <input type="checkbox"/> 學生本人郵局或銀行存摺影本(獎學金及住宿補助以匯款方式核發)。				
切 結 書					
<p>本人同意遵守「臺北醫學大學大學部優秀醫牙學系新生入學獎勵作業細則」之規定，如違反願依規定賠償。重點約定事項如下：</p> <p>一、 續領資格為通過大一第一學年優秀新生獎勵金之申請者，至多發給醫學系十二學期，牙醫系十學期。</p> <p>二、 領取本獎勵金、住宿補助之學生於畢業前，若休學或轉系者，則中止獎勵資格；若退學或轉讀他校之情形者，除終止獎勵外，尚需全額歸還已減免之學雜費。</p> <p>本人已確實閱讀細則規定，並願確實遵守。</p>					
<p>立切結書人：家長_____ (簽章) 申請學生_____ (簽章)</p> <p>中 華 民 國 103 年 月 日</p>					
初 審 意 見	承辦人： _____ 組長： _____ <input type="checkbox"/> 符合申請資格 <input type="checkbox"/> 學雜費全免 <input type="checkbox"/> 比照國立大學收費 <input type="checkbox"/> 住宿補助 <input type="checkbox"/> 未符合申請資格				
審 查 委 員 會 核 定 結 果	(承辦單位填寫)				
副 教 務 長		教 務 長			