

# 仁德醫護管理專科學校副學士學位(畢業)證明書補發暨更改姓名申請表

申請日期：      年      月      日

中文姓名	(原)	性別	
	(新)	生日	年      月      日
英文姓名	(原)	學號	
	(新)	身分證字號	
補發原因	<input type="checkbox"/> 更改姓名 <input type="checkbox"/> 遺失：_____	入學年月	年      月
		畢業年月	年      月
修業別	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二專在職班 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 二專夜間部	聯絡電話(手機)	
		科別	科
身分證正面浮貼		申請人簽章	
身分證反面浮貼		承辦人員簽章	
健保卡或駕照正面浮貼		註冊組長簽章	
健保卡或駕照反面浮貼		入學服務處主任簽章	
備 註		3 個月內 2 吋相片 1 張	
1. 3 個月內 2 吋相片 1 張 2. 雙證件正反面影本 (身分證+健保卡或駕照) 3. 戶籍謄本一份(更名) 4. 工本費：更名 0 元整、補發 100 元整 5. A4 回郵信封 (寫好收件人、住址、郵遞區號並貼妥 36 元郵資) 6. 英文名字請參照護照			
存檔編號	NO: _____		