

新 生 學 籍 記 載 表

專 別	五專日間部	科 別		學 號		身分證影本正面
姓 名	★	班 級		座 號		
身分證字號	★	生 日	★	性 別	★	
監護人姓名	★	關 係	★	緊急連絡 人手機	★	
住家電話	★	學生 (手機)	★			
住 址	★戶籍郵遞區號： 戶籍地址： <input type="checkbox"/> 同上 ★通訊郵遞區號： 通訊地址：					身分證影本反面
身 份 別						
<input type="checkbox"/> 原住民-族籍 () <input type="checkbox"/> 新住民-國籍 () <input type="checkbox"/> 其 他 ()				2 吋 黏貼相片	2 吋 浮貼相片	
畢業國中	★					
畢業年度	★					

我同意，仁德醫護管理專科學校為建置學生學籍資料，於所涉業務執行之必要範圍內，進行蒐集及處理我個人之直接或間接資料。

簽名：_____ (請打勾簽名)