

臺北醫學大學基本資料異動申請表

學生填寫欄

申請日期： 年 月 日

姓 名	(請填寫原名)	學 號	
系 所 學 位 學 程			
聯 絡 電 話	(H) (C) (O)	畢 肄 業 (在校生免填)	<input type="checkbox"/> 畢業 年 月 <input type="checkbox"/> 肄業 年 月
變 更 事 項	<input type="checkbox"/> 中文姓名，變更為_____ (檢附戶籍謄本正本) <input type="checkbox"/> 英文姓名，變更為_____ (檢附護照影本) <input type="checkbox"/> 身分證字號，變更為_____ (檢附戶籍謄本正本) <input type="checkbox"/> 聯絡地址，變更為_____ <input type="checkbox"/> 戶籍地址，變更為 <input type="checkbox"/> 同聯絡地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 其他事項_____ (檢附)		
家 長 同 意 欄 (大學部變更 聯絡或戶籍 地址適用)	(請家長務必親簽或蓋章)		
註冊組			

注意事項：

- 1.各欄位資料請務必詳實填妥。
- 2.申請如有偽造、假借等情事，申請人應負完全責任。