

(考生注意：粗框欄請勿填寫)

108 年六年制第一次醫學臨床技能測驗報名表

■准考證號碼：□□□□□□

【此欄考生請勿填寫】

■考場：_____ ■日期：108 年__月__日，第__梯次

中文姓名	王小明	英文姓名	Xiao-Ming Wang	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大頭照黏貼處 正面脫帽半身 近一年內 2 吋照片	
學校名稱 (全名)	(中文) (英文)						
身分證一編號				出生 日期	年(民國) 月 日		
戶籍地址	□□□						
通訊地址	□□□						
聯絡電話	住宅			手機			
緊急聯絡人	姓名			手機			關係
報名身分	<input type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之六年制醫學系應屆畢業生。 <input type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之四年制學士後醫學系應屆畢業生。						
確認資料 (請打勾) 簽名欄	本報名表請以楷、藍、黑色筆正楷填寫，各相關報名資料必須詳實並與所附證件相符。若因報料不齊、逾期等受資料不實責任概由報名者及考		1.學歷證明 應屆畢業生繳交學生證影本 2.二張 2 吋正面脫帽半身照片 (一張黏貼、一張夾附於報名表) 3.身分證明文件影本 4.其他文件：		考生簽名	資料核對無誤後，請於此親筆簽名。	
※如經測驗合格，同意台灣醫學教育學會將本人姓名及准考證號碼，上網公告於學會網站之榜示名單。							

【審核欄】		【此欄考生請勿填寫】
條件 1. 報名資訊填寫完整及正確	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，須補資訊：_____	
條件 2. 身分條件符合應考資格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，原因：_____	
文件與資格審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過		
審查人員簽章： (系主任/考場主任)		
_____ 年 _____ 月 _____ 日		