

# 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	舊姓名：	性別		身分證字號	
	新姓名： <small>無更名則免填</small>			出生年月日	
英文姓名	舊姓名：	入學 年月		學號 (畢業證書字 號)	
	新姓名： <small>無更名則免填</small>				
補發原因	<input type="checkbox"/> 遺失：_____ <input type="checkbox"/> 更改姓名	畢業 年月		聯絡電話 (手 機)	
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	科別	科		
申請人 簽名	簽章				
黏 貼  3 個月內 2 吋相片 1 張		承辦人員簽章			
		註冊組長簽章			
		入學主任簽章			
備 註					
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)，不補發畢業證書但申請(更名)，請攜回原畢業證書。 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 元的郵資)。					
存檔編號	NO:				