

附件一

醒吾科技大學 109 學年度身心障礙學生單獨招生 **資料表**

※本表請考生親自填寫，必須詳實清晰，切勿潦草，如有塗改，必須加蓋私章。

報考系 限定報考 單一志願	<input type="checkbox"/> 企業管理系 <input type="checkbox"/> 國際商務系 <input type="checkbox"/> 財務金融系 <input type="checkbox"/> 行銷與流通管理系 <input type="checkbox"/> 時尚產業經營管理系 <input type="checkbox"/> 資訊管理系 <input type="checkbox"/> 觀光休閒系 <input type="checkbox"/> 餐旅管理系 <input type="checkbox"/> 旅運管理系 <input type="checkbox"/> 應用英語系 <input type="checkbox"/> 資訊科技應用系 <input type="checkbox"/> 新媒體傳播系 <input type="checkbox"/> 表演藝術系 <input type="checkbox"/> 流行音樂創作學士學位學程 <input type="checkbox"/> 商業設計系 <input type="checkbox"/> 時尚造形設計系 <input type="checkbox"/> 數位設計系														
姓名						准考證號碼 (考生免填)									
身分證字號											出生年月日	年	月	日	
低/中低收入戶	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶										性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (郵遞區號)														
考生聯絡電話	日間：					夜間：					行動電話				
緊急聯絡人						關係					聯絡電話				
學歷 (限填一項)	<input type="checkbox"/> 高中(職)畢業(含應屆) <input type="checkbox"/> 高中(職)肄業 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 同等學力					<input type="checkbox"/> 民國____年____月____高中(職)____科畢業 <input type="checkbox"/> 民國____年____月____高中(職)____科肄業 <input type="checkbox"/> 民國____年____月____專科學校____年制____科肄業 <input type="checkbox"/> 同等學歷：(請敘明)_____									
擇一繳驗	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明手冊(正反面影本) <input type="checkbox"/> 特殊教育學生鑑定及就學輔導委員會所核發之證明														
障礙類別	<input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 語言障礙 <input type="checkbox"/> 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 身體病弱 <input type="checkbox"/> 情緒障礙 <input type="checkbox"/> 學習障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 多重障礙(主障礙：_____) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 其他_____														
障礙程度等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度														
1. 本表所填各項資料均經本人詳實核對無誤，報名資格完全符合簡章規定，如有不實之處，或所繳交之相關證件影本與事實不符，願受取消錄取及入學資格之處分，絕無異議。 2. 本人於完成報名作業時，已詳細閱讀招生簡章有關本會對於考生個人資料使用範圍、目的、對象、及使用期間等相關範圍，並同意本會對於考生個人資料蒐集或處理。 報名考生簽名：_____ 日期：109年 月 日															
<b>報名資格審核(考生請勿填寫)</b>															
報名費： <input type="checkbox"/> 一般生300元 <input type="checkbox"/> 中低收入戶120元 <input type="checkbox"/> 低收入戶免費															
報名資格： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合 審查人簽章：_____															

附件二

醒吾科技大學109 學年度身心障礙學生單獨招生報名  
證件黏貼用表

身分證正面影印本黏貼處	身分證背面影印本黏貼處
<p>學歷（力）證明文件浮貼處</p> <p>學生證正反面影印本或畢（結）業證書（證明文件）或同等學歷（力）之證明文件影印本</p> <p>※浮貼時，如有超過部分請反摺。</p>	
<p>身心障礙證明（手冊）</p> <p>或</p> <p>經各直轄市、縣（市）政府特殊教育學生及就學輔導會鑑定證明文件</p> <p>浮貼處</p>	

【所檢附「身心障礙證明」文件之有效期限，報名截止日前仍為有效期，始符合報考資格。】

書 面 資 料

自 傳

就讀本校讀書計畫

本表不敷使用時可自行影印

專業證照黏貼用表

證明文件浮貼處

附件五

醒吾科技大學109學年度身心障礙學生單獨招生考試成績複查申請表

查詢編號(考生勿填):

申請日期: 109年 月 日

身份證號碼： (手機)：			姓名：	聯絡電話：
申請項目： <input type="checkbox"/> 面試 <input type="checkbox"/> 書面資料審查		回覆傳真		
複查項目		處理結果(考生勿填)		
項目	原始成績			
備註				

注意事項：

- 一、申請複查成績於109.06.12(五)中午 12:00 前截止收件，以傳真收到時間為憑，傳真號碼：  
(02)26011532。傳真後請務必再以電話確認。
- 二、本表請逐項填寫清楚。
- 三、複查成績以一次為限。
- 四、申請覆查結果本會於109.06.12(五)15:00 前以電話或傳真方式回覆。
- 五、如未收到回覆時，請於109.06.12(五)15:30 前再以電話查詢。  
電話號碼：(02)26015310 分機 1227、1201~1203、1215

附件六

醒吾科技大學109 學年度身心障礙學生單獨招生

招生考試申訴申請表

准考證編號		姓名	
住家電話	( )	傳真機號碼	
行動電話		E - m a i l	
申訴之事實 (請檢附有關之文件及證據一併傳送)			
考生簽章：			
希望獲得之補救			
評議結果			

注意事項：

- 一、申請申訴於 109.06.30(二)10:00 前截止收件，以傳真收到時間為憑，本校傳真號碼：  
(02)26011532。傳真後請務必再以電話查對。
- 二、本表請逐項填寫清楚。
- 三、複查申訴以一次為限。
- 四、申訴結果本會於 109.06.30(二)14:00 前以電話或傳真方式回覆。
- 五、如未收到回覆時，請於 109.06.30(二)14:00 前以電話查詢。  
電話號碼：(02)26015310 分機 1227、1201~1203、1215

醒吾科技大學 109 學年度身心障礙學生單獨招生  
辦理報到委託授權書

本人\_\_\_\_\_因故無法親自到校辦理報到，特委託 \_\_\_\_\_  
代為辦理報到事宜。

此致 醒吾科技大學招生委員會

委託人 簽 章： \_\_\_\_\_

身分證字號： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_

受託人 簽 章： \_\_\_\_\_

身分證字號： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_

中華民國 109 年 月 日

醒吾科技大學 109學年度四技日間部身心障礙學生單獨招生

放棄錄取資格聲明書

本人\_\_\_\_\_

自願放棄錄取貴校109 學年度四技日間部身心障礙學生單獨招生  
\_\_\_\_\_系就讀資格，絕無異議，特此聲明。

此致

醒吾科技大學四技日間部身心障礙學生單獨招生委員會

錄 取 生： (簽章)

身分證字號：

監護人姓名： (簽章)

中華民國 109 年 月 日