

**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校
學生學籍更正申請表**

申請日期		科別		年/班級	
姓名		學號			
入學年月		畢業年月 (畢業校友才需填寫)			
申請項目	填寫原資料	填寫更正後資料			
<input type="checkbox"/> 1.更正姓名					
<input type="checkbox"/> 2.更正身分證號					
<input type="checkbox"/> 3.更正出生日期					
<input type="checkbox"/> 4.更正身分別	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 特殊身分:_____	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 特殊身分:	生輔組承辦人: <input style="width: 80px;" type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 5.更正永久地址					
<input type="checkbox"/> 更改通訊地址					
<input type="checkbox"/> 6.其他更正項目					

申請應備證明文件
(戶籍謄本請直接釘在申請表後面)

- 請備妥申請更正事項所需證件，再至教務處註冊組辦理更正，否則一概不受理。
- **更正姓名、更正身分證號碼、更正出生年月日**，請同學備妥下列證件：
 - 1.更正後戶籍謄本正本一份。(*
 - 2.更正後身分證影本一份。
 - 3.原學生證(另外填寫補發新學生證申請表)。
 *申請更正姓名及生日者須同時申請學生證重製
- **更正身份別、更正永久地址**，請同學備妥並黏貼證件：
 - 1.更正後戶籍謄本正本一份。
 - 2.更正後身分證影本一份。
- **更正通訊地址**，請同學備妥佐證附件：
 - 1.更正通訊地址者須提供家長確認證明單。

更正通訊地址家長確認證明單

本人確實同意子女_____向校方申請修改通訊地址，以作為學校未來寄發各項通知單與家長聯絡之有效地址。

此致

新生醫專

家長親筆**簽名蓋章**:

家長連絡電話:

中華民國 年 月 日

身分證**正/反面**影本**浮貼**處

受理申請(含文件檢視或家長連絡)	學籍系統更正完成	學生證重製申請(更正姓名及生日者)			
簽章:	日期:	簽章:	日期:	簽章:	日期: