

領取簽名：\_\_\_\_\_

# 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 畢業證明書補發申請表

畢業生姓名		原畢業證書字號	
身分證字號		出生日期 年 月 日	
學制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 在職專班 <input type="checkbox"/> 高職部	畢業類別	學號
入學年度	年 月	畢業年度	年 月
身分證影本 正面黏貼處		身分證影本 反面黏貼處	
申請人簽名		申請日期	年 月 日
聯絡電話			
※應繳證件：1.身分證正反面影印本 2.二吋照片 2 張 3.每份工本費 50 元			

## 切 結 書

本人\_\_\_\_\_身分證字號\_\_\_\_\_，因 ☐遺失 ☐損毀 ☐更名 畢業證明書，於民國 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日向新生醫護管理專科學校提出補發申請，原有證件即日起不具任何有效性，本人若持原有之證件參加任何考試或活動，相關法律責任將由本人自行負責。

此致 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

切結書人： (簽章)

<p><b>【出納組存留聯】</b>          茲收到學生_____〈姓名〉，英文證件申請費用_____元。          收費人簽章：</p>
<p><b>【學生存留聯】</b>          茲收到學生_____〈姓名〉，英文證件申請費用_____元。          收費人簽章：</p>