

元培醫事科技大學
114 學年度二技日間部申請入學
錄取生放棄錄取資格聲明書

姓 名		身 分 證 字 號		聯 絡 電 話	
本人經由二年制日間部_____系申請入學錄取貴校，因故放棄錄取資格， 特此聲明。 此致 元培醫事科技大學					
錄取生簽名			日 期	中華民國 年 月 日	
備 註					

注意事項：

- 1.請填妥本申請書後由考生，將申請書以限時掛號寄達本校教務處課務組存查。
- 2.聲明放棄錄取資格手續完成後，不得以任何理由撤回，請考生慎重考慮。
- 3.本校服務電話：(03)610-2225；傳真：(03)610-2214。
- 4.本校地址：30015 新竹市元培街 306 號 元培醫事科技大學教務處課務組收，
並於信封上註明『二技日間部招生』字樣。