

臺北醫學大學基本資料異動申請表

填寫欄

申請日期： 年 月 日

學生姓名		學 號	
系 所 學位學程			
聯 絡 電 話		畢 肄 業	<input type="checkbox"/> 畢業 年 月 <input type="checkbox"/> 肄業 年 月
變 更 事 項	<input type="checkbox"/> 中文姓名，原名：_____變更：_____ (檢附三個月內戶籍謄本正本) <input type="checkbox"/> 英文姓名，原名：_____變更：_____ (檢附效期內護照影本) <input type="checkbox"/> 聯絡地址，變更為_____		
註冊組			

注意事項：

- 1.各欄位資料請務必詳實填妥。
- 2.申請異動資料如有偽造、假借等情事，申請人應負完全責任。
- 3.填寫本表單後，請寄送至本校教務處註冊組或 E-mail 至 registration@tmu.edu.tw。