# 附件一：臺北醫學大學博士班甄試入學招生考試報名費退款申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | 身分證號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 報考系所 |  |
| 虛擬帳號 | 5 | 0 | 6 | 0 | － |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退費原因 |  □博士班甄試 　 □ 低收入戶：請核退款新台幣貳仟捌佰元整□ 溢繳報名費：請核退款新台幣拾貳仟捌佰陸拾元整□ 報錯系所：請核退款新台幣壹仟肆佰陸拾元整(含郵資60元)□ 已繳費，但未完成報名手續：請核退款新台幣壹仟肆佰陸拾元整(含郵資60元)□ 其它：請核退款新台幣 元整  說明：  |
| 說明 | 1.合乎低收入戶者請檢具相關資料，可退全額報名費(不含郵資)。2.溢繳報名費：指不確定轉帳是否成功，又再次重覆繳費者。3.報錯系所：指報錯系所組別、身分別等，須重新申請帳號繳款，可退半額報名費及郵資。4.在報名期間內已繳費，但未完成報名手續，可退半額報名費及郵資。5.其它因素，請簡述說明。※請檢附ATM轉帳存根證明憑據(自動櫃員機交易明細表或該筆轉帳錯誤之存簿影本)另填妥下表之匯款帳戶表一張，以便退款核定後匯入指定銀行。 |
| 檢附證明 | ATM轉帳證明單　　　張匯款帳戶登記表　　 張 |

申請人簽章：

**臺北醫學大學退款匯款帳戶登記表**

茲同意臺北醫學大學將退費款項匯入以下帳號

|  |  |
| --- | --- |
| 登記者戶名 |  |
| 金融機構 | 　　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　分行 |
| 銀行代號 |  | 通匯代號 |  |
| 帳號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 簽章 |  |
| 日期 |  |

備註：1.限用本人帳戶。　　　2.附存摺封面影本一份。　　3.代扣匯款手續費10元。(永豐銀行帳戶免扣)

# 附件二：

# 報考臺北醫學大學105學年度博士班甄試入學招生考試

**身心障礙考生應考服務申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 性別 | □ 男 □ 女 | 身心障礙證明(手冊)字號 |  |
| 通訊地址 |  |
| 聯絡電話 |  | 行動電話 |  |
| 緊急聯絡人 |  | 聯絡人電話 |  |

考生應考申請之服務項目：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項 目 | 考生自填之申請項目 | 核定結果 |
| 提早入場  | □ 需要 (考試前五分鐘提早入座)□ 不需要 | □ 同意 □ 不同意 |
| 坐輪椅應試 | □ 需要 (試場安排在一樓或有電梯之試場) | □ 同意□ 不同意 |
| 延長筆試時間 | □ 需要 (請繳交「身心障礙考生應診檢查表」)□ 不需要 | □ 同意延長 分鐘□ 不同意 |
| 放大試題 | □ 提供放大為A3之影印試題本 | □ 同意□ 不同意 |
| 個人攜帶輔具 | □ 檯燈 □ 放大鏡 □ 點字機 □ 特製桌椅 □ 輪椅　□ 其他：  | □ 同意 □ 不同意 |
| 另設特殊試場 | □ 需要□ 不需要 | □ 同意 □ 不同意 |
| 備 註 |  |

1. 如考生申請延長筆試時間者，應繳交「身心障礙考生診斷證明書」正本及「身心障礙證明(手冊)」影本各1份，經本招生委員會審核確定可延長時間者，其延長時間至多以20分鐘為限。

2. 考生如若無申請延長筆試時間，而僅申請其他服務者(如輪椅應試、放大試題等)，僅須繳交身心障礙證明(手冊)影本，惟經本招生委員會要求應檢具正本或相關證明者，考生仍須繳交。

3. 於考試前因突發傷病申請應考服務之考生，僅提供行動及輔具等試場服務，不延長時間， 申請表件最遲於考試前二日寄達或傳真本校教務處招生組。

4. 對於考生所申請填寫本表之服務項目，須經本招生委員會審核確定，始可辦理。

5. 本表填妥後，務必於報名期間內傳真至本校教務處招生組02-23774153，俾便提供必要服務。

6. 若有問題洽詢電話：(02) 2736-1661轉2146。

考生親自簽名： (無法親自簽名者由其監護人代簽並註明原因)

身心障礙考生應考服務申請：診斷證明書

※請持本「診斷證明書」至行政院衛生署認定之醫學中心或區域醫院或地區教學醫院，與考生之身心障礙類別相關之醫療科別，檢查影響考生考試之各項閱讀、書寫及移動之能力。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 性 別 | □男 □女 |
| 住 址 |  | 電 話 |  |
| 應診醫院 |  |
| 應診科別 |  | 應診日期 | 年 月 日 |

(以下請醫師詳實填寫)

|  |  |
| --- | --- |
| 診 斷 |  |
| 病 情請詳述。如病情屬永久性障礙或在6個月內仍無法改善者，請註明。 |  |
|  |
|  |
| 類別說明：(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章)1.視覺功能 □正常 □有障礙(以矯正視力為準) **重度**：□A.兩眼視力優眼在0.01(不含)以下者。□B.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於二十DB(不含)者。 **中度**：□A.兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。□B.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於十五DB(不含)者。□C.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(不含)以下者。 **輕度**：□A.兩眼視力優眼在0.1(含)至0.2(含)者。□B.兩眼視野各為20度以內者。□C.優眼自動視野計中心三十度程式檢查，平均缺損大於十DB(不含)者。□D.單眼全盲(無光覺)而另眼視力在0.2(含)至0.4(不含)者。 **其他**(請註明)： |

類別說明：(下列各項有勾選部分敬請主治醫師逐項簽章，均可複選)

|  |
| --- |
| 2.慣用手 □右手　□左手　　　　 書寫功能　　□正常　□有障礙 □寫字慢　　　　　　　　　　 □準確度差 □寫字力氣差　　　　　　　　 □雙手協調度差 □上臂動作位移差　　　　　　 □上臂動作位移大 □其他(請註明) |
| 3.坐姿平衡功能　□正常 □有障礙 □頭部控制不好　　　　　　　 □坐不穩 □無法自行坐下或站起　　　　 □姿勢異常 □書寫時會使姿勢控制不好　　 □主軀幹控制不好 □骨盆穩定度差　　　　　　　 □下肢緊張不穩 □需定時變化姿勢，無法久坐　 □無法坐 □其他(請註明) |
| 4.移位功能　□正常 □有障礙 □上下樓梯需協助　　　　　　 □需用輔具才能行走 □需用輪椅才能移位　　　　　 □由站到坐需協助 □移位速度慢　　　　　　　　 □其他(請註明) |
| 5.聽覺功能　□正常 □有障礙 □優耳聽力損失在五十五分貝以上  □其他(請註明) |
| 以上經本院醫師診斷屬實，特予證明院長：  中華民國 年 月 日　　　　　　　　　　(需加蓋醫院關防，方具效力) |

#

# 附件三：

# 臺北醫學大學博士班甄試入學推薦函參考格式

**一、申請人填寫部份：**
申請人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最高學歷(畢業科系)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

---------------------------------------------------------------------------------------------------------
二、推薦者填寫部分：
　　1.您與申請者之關係：
　　　⬜指導教授 ⬜授課教師 ⬜單位主管 ⬜研究計畫僱用
　　　⬜其他，請說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.您與申請者認識多久：\_\_\_\_\_年

3.您與申請者熟識之程度：

⬜極熟識 ⬜熟識 ⬜普通 ⬜不甚熟識

**三、請依您對申請者之了解，並以其同班同學或同單位同事其他人為參考標準相
 比，就下表做一客觀評估。（請以打√方式表示）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  評定等級項 目  | 傑出 | 優 | 良 | 中等 | 差 | 不清楚 |
| 專業發展潛能 |  |  |  |  |  |  |
| 人格成熟度 |  |  |  |  |  |  |
| 語文表達能力 |  |  |  |  |  |  |
| 組織能力 |  |  |  |  |  |  |
| 研究能力 |  |  |  |  |  |  |

四、整體評估：

⬜ 極力推薦 ⬜ 推薦 ⬜ 勉予推薦 ⬜ 不推薦

推薦人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

服 務 單 位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   職稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

連 絡 電 話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**註：填妥本推薦函後，務必於密封處簽章後交予應考人。**

# 附件四：

# 臺北醫學大學博士班研究計畫撰寫內容參考格式

1. 中文摘要 (一頁)
2. 英文摘要 (一頁)
3. 研究計畫內容
4. 研究特定目標 (最多一頁)
5. 背景 (最多三頁)
6. 初步結果 (最多三頁)
7. 材料與方法 (包括實驗方法及進行步驟；最多五頁)
8. 預期結果 (最多二頁)
9. 可能遭遇的困難 (最多二頁)
10. 參考文獻 (最多五十篇)

**附件五：**

# 報考臺北醫學大學105學年度博士班甄試入學考生工作年資證明

|  |  |
| --- | --- |
| 報考所別 |  |
| 姓名 |  |
| 性別 |  |
| 出生年月日 |  |
| 身分證字號 |  |
| 服務部門 |  |
| 職稱 |  |
| 到/離職年月日 | 到職日: 年 月 日至 年 月 日離職 |
| 服務年資請計算至104.11.30.止 |  |
| 備註 | 本單位保證上列各欄所填均屬事實，如有不實或偽造，願負一切有關法律之責任，概無異議。 |
| 服務單位 | 機關名稱 |  |
| 負 責 人 |  |
| 地　　址 |  |
| 電　　話 |  |

關防或機關印信戳記處

（科部等非主官單位戳記不予採認）

每張限填一公司或機關，不敷使用，請自行影印。

中華民國104年　　　月　　　日

**附件六：**

# 國外學歷切結書

本人 參加臺北醫學大學105學年度博士班甄試入學招生，所持國外學歷證件確為教育部認可，經中華民國駐外單位驗證屬實，並保證於錄取後報到時繳交下列資料：(原文學歷證件非中文或英文者，需另繳交經我國駐外單位驗證之中文或英文翻譯本)

1.經駐外單位驗證之國外學歷證件

2.經駐外單位驗證之國外學歷歷年成績單

3.內政部入出境管理局核發之入出境紀錄證明(外國人士、僑民免附)

請准予先以國外學校之學力證明報考，如未如期繳交或經查證不符合 貴校報考條件，本人自願放棄入學資格，絕無異議。

此致

臺北醫學大學

立書人簽章：

身分證字號：

報考系所組別：

學校所在國及州別：

聯絡電話：

切結日期：

**附件七：**

**臺北醫學大學轉譯醫學博士學位學程補繳英文能力證明切結書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 准考證號碼 | （考生勿填） |
| 出生日期 |  | 聯絡電話 |  |
| 性別 |  | 電子郵件 |  |
| 本人 參加臺北醫學大學105學年度博士班甄試入學招生，因故（請簡述） ，無法於入學招生報名時繳交簡章規定之英文能力證明，請准予先行報考，本人保證於錄取生寄繳證明文件時補繳，若逾期未補繳，本人自願放棄入學資格，絕無異議。此 致臺北醫學大學立書人簽章：身分證字號：切結日期：  |