

海外聯合招生委員會 115 學年度
放棄錄取醫學、牙醫或中醫學系資格聲明書

申請人基本資料及聲明	中文姓名			僑生編號		
	英文姓名			國別		
	出生日期	西元_____年_____月_____日		性別		
	身分證／ 護照號碼	中華民國	護照號碼：	身分證字號：		
		僑居地	護照號碼：	身分證字號：		
	E-MAIL					
	聯絡電話	(Home)			(Mobile)	
	分發文號	海外聯合招生委員會 115 年____月____日海聯試字第_____號				
	分發校系	校名：		系名：		
	本人自願放棄海外聯合招生委員會 115 學年度學士班招生錄取資格，絕無異議，特此聲明。					
申請人 簽章欄			家長 簽章欄			
	西元 2026 年____月____日			西元 2026 年____月____日		

說明：錄取醫學、牙醫或中醫學系欲放棄錄取資格者，應於西元 2026 年 6 月 10 日前向原受理報名單位（我政府駐外館處、僑務委員會海外華僑文教服務中心或僑務委員會指定之保薦單位）提出放棄錄取聲明，否則次年申請將不得分發醫學系、牙醫學系或中醫學系。

受理報名單位審查意見欄（請勾選）	受理報名單位簽章欄
<input type="checkbox"/> 經核對申請人身分證明文件與所填基本資料欄之姓名、出生日期與身分證/護照資料無誤。 <input type="checkbox"/> 申請人業於期限內提出放棄錄取資格聲明。	西元 2026 年____月____日
備註	<p>一、受理本表時務請核對申請人身分資料，勾選審查意見欄位並簽章後：</p> <p>1. 若申請人為僑生，請儘速傳真至僑務委員會僑生處（免備文；惟<u>傳真後請致電確認</u>）。</p> <p>2. 若申請人為港澳學生，請儘速掃瞄電郵或傳真至海外聯招會（免備文；惟<u>掃瞄電郵或傳真後請致電確認</u>）</p> <p>二、聯絡資訊：</p> <p>1. 僑務委員會僑生處：電話 886-2-23272637 傳真 886-2-23566385</p> <p>2. 海外聯合招生委員會：電話 886-49-2910900 傳真 886-49-2911182</p> <p style="text-align: center;">電郵 overseas@ncnu.edu.tw</p>