

# 國立臺北護理健康大學 109 學年度護理產學攜手合作計畫申請入學單獨招生 錄取生放棄錄(備)取資格聲明書

第一聯      科技校院存查聯

|                                                                                 |  |                                                 |  |             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------|-------------|
| 姓名                                                                              |  | 身分證號/居留證號                                       |  | 申請日期        | 年    月    日 |
|                                                                                 |  | 連絡電話                                            |  | 家長或監護人電話    |             |
| 本人經由 <u>護理產學攜手合作計畫申請入學單獨招生</u> 錄取貴校_____系(所)，因故放棄錄取資格，特此聲明。<br>此致<br>國立臺北護理健康大學 |  |                                                 |  |             |             |
| 申請生簽名                                                                           |  | 家長或監護人簽名<br><small>(未滿 20 歲，需經家長或監護人同意)</small> |  |             |             |
| 教務處蓋章                                                                           |  | 收件日期                                            |  | 年    月    日 |             |



# 國立臺北護理健康大學 109 學年度護理產學攜手合作計畫申請入學單獨招生 錄取生放棄錄(備)取資格聲明書

第二聯      申請生存查聯

|                                                                                |  |                                                 |  |             |             |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------|-------------|
| 姓名                                                                             |  | 身分證號/居留證號                                       |  | 申請日期        | 年    月    日 |
|                                                                                |  | 連絡電話                                            |  | 家長或監護人電話    |             |
| 人經由 <u>護理產學攜手合作計畫申請入學單獨招生</u> 錄取貴校_____系(所)，因故放棄錄取資格，特此聲明。<br>此致<br>國立臺北護理健康大學 |  |                                                 |  |             |             |
| 申請生簽名                                                                          |  | 家長或監護人簽名<br><small>(未滿 20 歲，需經家長或監護人同意)</small> |  |             |             |
| 教務處蓋章                                                                          |  | 收件日期                                            |  | 年    月    日 |             |

**注意事項：**

1. 錄取申請生欲放棄錄取資格者，請填妥本聲明書並經家長(或監護人)簽名後，於 **109 年 05 月 07 日(星期四) 12:00 前 (含當日，以郵戳為憑) 傳真至 02-28229389 或 以限時掛號寄送**，並請致電至本校確認是否收到，即完成放棄錄取手續。郵寄地址：11219 臺北市北投區明德路 365 號，教務處註冊組。
2. 本校註冊組電話：02-28227101 分機 2321~2323、2325、2326、傳真：02-28229389。
3. 已辦理報到欲放棄者，亦須先將「放棄錄(備)取資格聲明書」寄至本校，才得以至他校辦理報到。
4. 本聲明書經本校教務處蓋章收件後，第一聯由本校存查，第二聯寄回申請生存查。
5. 本聲明書經本校教務處完成收件並經本校通知備取生後，即不得以任何理由撤回，請申請生及家長慎重考慮。