

國立臺南高級商業職業學校進修部

111 學年度新生入學報名表 - 進修部獨招

報名 編號		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> F 低收入戶 <input type="checkbox"/> K 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> D 身障生 <input type="checkbox"/> E 身障人士子女 <input type="checkbox"/> 新住民/子女 <input type="checkbox"/> 其他_____		畢業 國中	畢業 年度	1 吋照片 實貼
				國中	年			
姓名	年齡 歲	身份證字號		民國 年 月 日				
		生日						
住家 電話	學生行動電話		家長姓名		稱謂	行動電話		
國籍	父親國籍		母親國籍					
戶籍 地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣(市)	鄉鎮市區	路(街)	段	巷		
	弄	號	樓之					
通訊 地址	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣(市)	鄉鎮市區	路(街)	段		
	巷	弄	號	樓之				
報名科別	<input type="checkbox"/> 401 商業經營科 <input type="checkbox"/> 404 資料處理科 <input type="checkbox"/> M03 廣告技術科 (實用技能學程)		<input type="checkbox"/> 407 觀光事業科 <input type="checkbox"/> 408 餐飲管理科					
畢業後目標	<input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 升學—日間科技大學 <input type="checkbox"/> 升學—夜間科技大學		希望加強	<input type="checkbox"/> 加強升學輔導 <input type="checkbox"/> 加強專業技能				
繳交證件	<input type="checkbox"/> 001 畢業證書 <input type="checkbox"/> 002 補資格證明書 <input type="checkbox"/> 004 國中修滿三年修業證明書 <input type="checkbox"/> 005 自學進修學歷鑑定考試 <input type="checkbox"/> 007 補校畢業證書 <input type="checkbox"/> 008 補修滿三年修業證明書							
得知本校招生 訊息來源 (可重複勾選)	<input type="checkbox"/> 師長介紹 <input type="checkbox"/> 親友或同學介紹 <input type="checkbox"/> 本校網站招生訊息 <input type="checkbox"/> 本校臉書招生訊息 <input type="checkbox"/> 就讀國中所發放的招生宣傳單 <input type="checkbox"/> 看到本校招生布條 <input type="checkbox"/> 就讀國中舉行之升學博覽會 <input type="checkbox"/> 本校入班宣導 <input type="checkbox"/> 其他_____							
本校介紹同學：	(無免填)					備註：(報名費 100 元)		
身份證正面影本實貼				身份證反面影本實貼				
請貼身分證正面 影本(85.7mm×54mm) 務求清晰，文字可辨				請貼身分證反面 影本(85.7mm×54mm) 務求清晰，文字可辨				

本人所繳交證明文件如有偽造願負法律責任，於規定時間內未到
場報到，則自願放棄分發資格，特此聲明。

此致

國立臺南高商進修部

學生簽名：_____

中華民國 年 月 日

(請續填健康記錄表)

身 體 健 康 記 錄 表

姓名： 填寫日期：

1. 身高：_____公分 體重：_____公斤	
2. 是否會抽菸？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 過去曾否因重大受傷而住院？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 過去曾否因患有下列疾病而接受醫生治療或用藥？	
(1) 酒精或藥物濫用成癮 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(2) 慢性支氣管炎、氣喘、肺結核 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(3) 青光眼、白內障 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(4) 高血壓、心臟病、心律不整 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(5) 精神病、癲癇 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(6) 肝硬化、肝功能異常 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(7) 尿毒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(8) 白血病、貧血 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(9) 紅斑性狼瘡、類風濕性關節炎 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	(10) 其他 _____
5. 目前身體狀況是否有言語、四肢機能障礙或缺損、脊柱或胸腔廓畸型者？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	