

考試名稱	109年第二次醫師第一階段考試、牙醫師藥師考試分階段考試、醫事 檢驗師、醫事放射師、物理治療師、職能治療師、呼吸治療師、獸醫 師考試、109年助產師考試/專技高考醫事人員考試(醫事檢驗師、醫 事放射師、物理治療師、職能治療師、助產師)		收訖戳章 (中國信託及農漁會信用部專用)	
考試類別	醫事放射師			
考區	臺北			
報名序號	109	1		
姓名	樂			
應繳總金額	2000			

聯絡行動電話	09 0 00 00 00	公宅	宅: 886 9 3	E-mail: y @gmail.com
通訊地址	110臺北市信義區 1號			
<input type="checkbox"/> 申請身心障礙者應國家考試權益維護措施(無)		身心障礙別	<input type="checkbox"/> 國外學歷報考	
<input type="checkbox"/> 申請特殊處境應考人請求應考協助(無)				

應考資格	學校名稱(請填學校全銜)	所、系、科(請填全銜)		授予學位
	元培醫事科技大學	720701	醫學影像暨放射技術系	學士
	修業類別(外國學歷)	是否畢業	畢業年月	入學年月
		<input checked="" type="checkbox"/> 是, <input type="checkbox"/> 否	109年06月	106年09月
	修業期限	四年制		
其他應試條款	無需填寫			

	<p>父 樂 國 昌 母 陳 美 真</p> <p>配偶 役別</p> <p>出生地 臺灣省臺東縣</p> <p>住址 臺北市信義區 1號</p> <p>0064698417</p>
---	---

<p>繳驗證件</p> <p><input type="checkbox"/>畢業(學位)證書影本</p> <p><input type="checkbox"/>實習證明書或成績單影本</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>准予附條件應考申請表正本</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>學生證正、背面影本(黏貼本表背面)</p> <p><input type="checkbox"/>高等檢定考試及格證明書影本</p> <p><input type="checkbox"/>身心障礙證明文件影本</p> <p><input type="checkbox"/>其他</p>	<p>審查結果</p> <p><input type="checkbox"/>符合考試規則第6條第 款規定, 准予報考</p> <p><input type="checkbox"/>應考資格疑義, 提起覆審</p> <p><input type="checkbox"/>附條件准予應考: <input type="checkbox"/>缺畢業證書 <input type="checkbox"/>缺實習證明 <input type="checkbox"/>缺歷年成績單</p> <p>(已於 月 日補驗)並驗人:</p> <p><input type="checkbox"/>符合考試規則第6條第 款規定, 准予報考</p> <p><input type="checkbox"/>經第 次考試審議委員會通過, 准予報考</p> <p><input type="checkbox"/>經第 次考試審議委員會審議:</p> <p><input type="checkbox"/>應考資格不符, 不准報考</p>	<p>審查人員簽章</p> <p>初審</p> <p>覆審</p>	
--	---	-----------------------------------	--

報名序號	 <p>10910095212210087861</p>	座號	
------	---	----	--

本人確實詳細閱讀「應考須知」, 簽名: 樂 茲應由應考人親簽, 如由他人代簽請註明。

射師、物理治療師、職能治療師、
「應考須知」申請表

醫事放射師

V1

il.com

系名稱

放射技術系

明文件, 請貴部同意本





除學生證正、背面影本

明影本

文件, 須於109
北市文山區試院

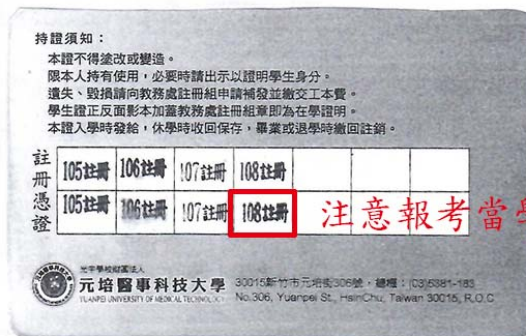
始不具備本考
絕無異議。

109年第二次醫師第一階段考試、牙醫師藥師考試分階段考試、醫事檢驗師、醫事放射師、物理治療師、職能治療師、呼吸治療師、獸醫師考試、109年助產師考試報名履歷表

臺北考區		應屆畢業生學號 104 1		按節次點名紀錄						
到考「○」		1		2		3		4		
缺考「X」		5		6						
類科編號	309		國民身分證統一編號		V					
應考類科	醫事放射師		姓名		樂					
出生年月日	08		性別		男， <input type="checkbox"/> 女		身分別		本國人	
聯絡行動電話	:09		公:		宅:886 9 3		E-mail:y		@gmail.com	
通訊地址	110臺北市信義區									
<input type="checkbox"/> 申請身心障礙者應國家考試權益維護措施(無)					身心障礙別		<input type="checkbox"/> 國外學歷報考			
<input type="checkbox"/> 申請特殊處境應考人請求應考協助(無)										
應考資格	學校名稱(請填學校全銜)		所、系、科(請填全銜)		授予學位					
	元培醫事科技大學		720701 醫學影像放射技術系		學士					
	修業國別(外國學歷)		是否畢業		畢業年月		入學年月		修業期限	
			<input checked="" type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否		109年06月		106年09月		四年制	
	其他應試條款		無需填寫							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>姓名 樂</p> <p>出生年月日 民國 年 月 日</p> <p>性別 男</p> <p>發證日期 民國108年12月18日(北市)換發</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>父 樂 國 昌 母 陳 美 真</p> <p>配偶 役別</p> <p>出生地 臺灣省臺東縣</p> <p>住址 臺北市信義區 1號</p> <p>0064698417</p> </div> </div>										
繳驗證件			審查結果				審查人員簽章			
<input type="checkbox"/> 畢業(學位)證書影本 <input type="checkbox"/> 實習證明書或成績單影本 <input checked="" type="checkbox"/> 准予附條件應考申請表正本 <input checked="" type="checkbox"/> 學生證正、背面影本(黏貼本表背面) <input type="checkbox"/> 高等檢定考試及格證明書影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明文件影本 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 符合考試規則第6條第 款規定，准予報考 <input type="checkbox"/> 應考資格疑義，提起覆審 <input type="checkbox"/> 附條件准予應考： <input type="checkbox"/> 缺畢業證書 <input type="checkbox"/> 缺實習證明 <input type="checkbox"/> 缺歷年成績單 (已於 月 日補驗)查驗人： <input type="checkbox"/> 符合考試規則第6條第 款規定，准予報考 <input type="checkbox"/> 經第 次考試審議委員會通過，准予報考 <input type="checkbox"/> 經第 次考試審議委員會審議： <input type="checkbox"/> 應考資格不符，不准報考				初審 覆審			
報名序號	 10910095212210087861				座號					

本人確實詳細閱讀「應考須知」，簽名：樂

※應由應考人親簽，如由他人代簽請註明。



注意報考當學期一定要有蓋註冊章

109年第二次醫師第一階段考試、牙醫師藥師考試分階段考試、醫事檢驗師、醫事放射師、物理治療師、職能治療師、呼吸治療師、獸醫師考試、109年助產師考試「准予附條件應考」申請表

考 區	臺 北	類科名稱	醫事放射師
姓 名	樂	身分證 統一編號	V1
聯絡電話	公： 宅：886 9	行動電話：09 E-mail：y @gmail.com	
學 歷	畢業學校名稱 元培醫事科技大學	畢業科系名稱 醫學影像暨放射技術系	

一、本人因未及於考試報名截止日前繳驗報考類科考試規則規定之相關應考資格證明文件，請貴部同意本人附條件應考本次考試，茲勾選原因與聲明如下：

☒ 本人係本國學歷之應屆畢業生或醫學系、牙醫學系、藥學系在學學生，已繳驗學生證正、背面影本（請黏貼於報名履歷表背面），未繳驗：

1. ☒ 畢業（學位）證書影本
2. ☐ 實習證明書影本（ 年 月 日實習期滿）
3. ☐ 修畢醫學系、牙醫學系基礎學科或藥師第一階段考試應考學科成績及格證明影本
4. ☐ 衛生福利部核發之中醫師證書影本
5. ☐ 歷年成績單影本

☐ 本人係以外國學歷報考，未繳驗：

1. ☐ 畢業（學位）證書及中文譯本
2. ☐ 在學全部成績單及中文譯本
3. ☐ 實習證明及中文譯本

【以上應經中華民國外交部或其駐外館處驗證或認證，或經公證人認證】

4. ☐ 教育部學歷甄試或其他考試合格證明影本
5. ☐ 護照影本（含就學期間入出境章戳紀錄之頁面）
6. ☐ 就學期間入出國日期證明書影本
7. ☐ 國內醫療機構出具之實習期滿成績及格證明影本（ 年 月 日實習期滿）
8. ☐ 其他：

二、本人承諾：

（一）除牙醫師藥師第二階段考試以外，持國外學歷報考者，所應繳驗之應考資格證明文件，須於109年6月22日前繳驗，以利提會審議，並以傳真或掛號郵寄至貴部（地址：116203臺北市文山區試院路1-1號考選部專技考試司第四科收，傳真：02-22361342）

（二）經貴部同意「准予附條件應考」，如於考試舉行前1日未具備應考學歷資格，則自始不具備本考試應考資格，不得應考；已應考之科目均不予計分。所繳報名費，不得申請退還，絕無異議。

申請人簽章：

樂

（簽章）

109年 4 月 22 日

報名序號



10910095212210087861