# 附錄二 服務單位同意在職進修證明

**馬偕醫學院111學年度學士二年制在職專班招生考試**

**服務單位同意在職進修證明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 進修人員  姓　　名 |  | | | | | | | | | | 報考學系 |  |
| 身分證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 服務機關 | 名稱： | | | | | | | | | | | |
| 地址： | | | | | | | | | | | |
| 電話： | | | | | | | | | | | |
| 服務部門 |  | | | | | | | | | | 職　稱 |  |
| 到職日期 | 年　　　 月　　　日到職 | | | | | | | | | | | |
| 工作內容  概　　述 |  | | | | | | | | | | | |
| 茲同意本單位所屬 （姓名），報考貴校二年制在職專班 系。  此致  馬偕醫學院 | | | | | | | | | | | | |

* + - 1. 本單位保證上表各欄所填均屬事實，如將來查證不實，願負一切法律責任，概無異議。
      2. 本報考證明書僅供申請人報考馬偕醫學院二年制在職專班使用，不得作另外用途。

|  |
| --- |
| 在職單位負責人簽章︰ |

中華民國年月日