# 附錄三 聽力暨語言治療學系書面審查格式

**馬偕醫學院114學年度特殊選才**

**聽力暨語言治療學系：其他有利審查資料**

※請檢附其他有利審查資料（如：社會服務證明、英文檢定證明等）。

※請依時間先後順序填寫。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項次 | 名稱 | 參加起迄時間（xx年xx月 至xx年xx月） | 是否檢具證明文件（佐證資料請依照順序附於本表格次一頁） | 備註 |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

本人保證以上所填資料均屬實，經查證不實者，取消入學資格。

 考生簽名：

**馬偕醫學院114學年度特殊選才**

**聽力暨語言治療學系：佐證資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 名稱 |  |
| 證明文件或照片 |  |
| 時 間：　　年　　月　　日 | 地 點：  |
| 服務內容： | 單位名稱：  |
| 心得與反思： |