**馬偕醫學院**

**\_ \_學年度大學繁星推薦第二階段甄試**

**報名費退費申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 報考學系 | 醫學系 |
| 身分證字號 |  | 學測應試號碼 |  |
| 生日 |  年 月 日 | 聯絡電話 |  |
| 繳款帳號（於網路報名系統取得之帳號，共14碼） |  |
| 申請退費原因 | * 重複繳費或溢繳
* 其他原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（以上扣除行政處理費200元後，其餘全額退費） |
| 考生本人存款帳戶資料（若非本人存款帳戶，請填寫下頁匯款同意書） | 如經本校審查符合退費資格，逕將款項撥入該帳戶內。(擇一填列即可）金融機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_銀行\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分行帳號：□□□□□□□□□□□□□□郵局：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_郵局\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_支局局 號 帳 號：□□□□□□－□ □□□□□□－□ |

備註：符合上述申請退費原因之考生，**最遲請於當年度「醫學系繁星推薦第二階段甄試個人簡歷表」繳交截止日隔日下午5時前（如遇假日則順延至下一個上班日）**填妥本申請單後，以電子郵件寄至michelle520333@mmc.edu.tw，寄出後如2小時內未獲回覆，則請再以電話(02)2636-0303分機1123確認，逾期或未依規定完成退費申請者恕不受理。

申請人簽名： 申請日期： 年 月 日

**馬偕醫學院**

**匯款同意書**

本人\_\_\_\_\_(考生姓名)\_\_\_\_\_\_，身份證字號\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同意將帳款轉入\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_存款帳戶。

說明：

戶名：

銀行：

帳號：

|  |
| --- |
| 銀行存摺影本黏貼處： |

郵遞區號：

聯絡地址：

聯絡電話：

E-mail：

 同意人：(考生姓名)

中華民國 年 月 日