**高雄醫學大學口腔醫學院**

**學生參與校外英語能力檢定考試獎勵申請表**

|  |
| --- |
| 基本資料 |
| 姓名： | 學號： | 年級： |
| 系所： | 就讀學位： | 考試日期： |
| 聯絡電話： | 電子郵件： |
| 繳交資料檢核表 |
| □ 上傳檢定證書或成績單至英檢學生證照維護系統□ 報名校外英語能力檢定考試收據正本/影本(須檢附正本供查驗)□ 學生證影本 (須檢附正本供查驗)□ 學生銀行帳戶(上傳至學生wac系統D.6.01銀行帳號維護或列印封面影本)□ 校外英語能力檢定證書或成績單影本(須檢附正本供查驗)□ 經濟弱勢證明影本(若為經濟弱勢者，須提供低(中低)收入戶證明影本) |
| 審核結果：□通過 □不通過，需補件 □不通過，資格不符 |
| 學生獎勵小組 | 口腔醫學院 |
| 承辦人：學生獎勵組組長： | 口腔醫學院院長： |

申請日期： 學年度第 學期 年 月 日

核定日期：