

輔英科技大學

110 學年度日間部(含進修部物理治療系)二年制學士班申請入學招生

同等學力資格認定申請表

※同等學力認定標準請參閱報名簡章附錄(一)

考生姓名		報名系組	系 組		
身分證字號		出生日期		聯絡電話	
通訊地址					
具備同等學力認定標準之資格(請勾選)	<input type="checkbox"/> 符合同等學力認定標準第____條第____項第____款。 <input type="checkbox"/> 符合同等學力認定標準第三條第一項第九款：持有高級中等學校畢業證書後，從事相關工作經驗五年以上。請於下方列出工作經歷，並依順序檢附高級中等學校畢業證書及服務年資證明文件影本。				
工作經歷 ※申請 <u>第三條第一項第九款</u> 認定標準者必填項目。	機構名稱	職稱	任職期間	小計	合計年資
			年 月至 年 月	年 月	年 月
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
			年 月至 年 月	年 月	
		年 月至 年 月	年 月		

報考人簽章：_____

審查階段	認定結果(本欄考生勿填)
資格審查	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因： 審查人簽章：_____ 組長簽章：_____
學系審查	請說明工作內容與報考學系之相關性： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過 系所主任簽章：_____
審查結果	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因： 審查人簽章：_____ 執行秘書簽章：_____ 總幹事簽章：_____