

附件 3

樹人醫護管理專科學校體適能檢測成績證明申請單

申請人：
聯絡電話（住宅）：
 （手機）：

申請日期： 年 月 日

檢測學生姓名		領 取 方 式	<input type="checkbox"/> 親自領取 (待檢測單位完成後電話通知) <input type="checkbox"/> 郵寄
身分證號			
准考證號碼			
就讀學校			
郵寄地址			
檢測梯次	<input type="checkbox"/> 第1梯 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第2梯 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第3梯 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第4梯 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第5梯 年 月 日 <input type="checkbox"/> 第6梯 年 月 日		
體適能檢測成績單 _____份 (最多2份)			
備註： 郵寄申請者，請附回郵信封，寄至： 82144 高雄市路竹區環球路 452 號 樹人醫護管理專科學校 體運組 收 (請註明「申請教育部體適能檢測成績證明」)			
經辦人蓋章：	檢測單位蓋章：		