

醫學院校外英語能力檢定考試鼓勵方案繳交資料檢核表

填寫日期：____年____月____日

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		
<input type="checkbox"/> 上傳檢定證書或成績單至英檢學生證照維護系統 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 學生證影本 (須檢附正本供查驗) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 校外英語能力檢定證書或成績單影本(須檢附正本供查驗) <input type="checkbox"/> 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)		
承辦人	學生獎勵小組系所負責人	學生獎勵小組
<input type="checkbox"/> 檢核通過 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，須補件 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，資格不符合	<input type="checkbox"/> 檢核通過 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，須補件 <input type="checkbox"/> 檢核不通過，資格不符合	