

附件三：退費申請表

**慈濟大學**  
**113 學年度大學『申請入學』**  
**第二階段指定項目甄試退費申請表**

申請者基本資料

考 生 姓 名		身 分 證 字 號	
報 考 學 系 組		學 測 應 試 號 碼	
退 費 理 由	符合下列各項原因之一者 <input type="checkbox"/> 溢繳報名費(不含重複報名者)。 <input type="checkbox"/> 未上傳第二階段審查資料。 <input type="checkbox"/> 考生同時報考本校醫學系自費生與醫學系公費生(需檢附已完成繳費證明)。 <input type="checkbox"/> 錄取他校繁星推薦醫學系(需附錄取證明)。 <b>(※除上述原因外，其餘恕不受理退費申請。)</b>		
銀 行 帳 戶 (限考生本人帳戶)	<input type="checkbox"/> 銀行： _____銀行_____分行；帳號：_____		
	<input type="checkbox"/> 郵局： 局號：_____；帳號：_____		
	請提供 <b>考生本人</b> 之銀行(或郵局)存摺封面影本一併傳真。		
聯 絡 電 話 (白天可以連絡)			
考 生 簽 名		申 請 日 期	
申 請 方 式 與 注 意 事 項	1.退費申請期限：113 年 5 月 10 日(五) 2.合於上列退費條件者，須於期限內填妥本表連同 <b>考生本人</b> 之銀行(或郵局)存摺封面影本，傳真至 03-8562490 本校招生組提出申請，傳真後請務必來電 03-8565301 轉 1105 確認是否收到，逾期或未依規定完成退費申請者恕不受理。 3.所繳報名費用經扣除郵資及審驗行政作業費新臺幣 200 元後，餘數退還，須俟本校退費行政作業完成後，再以匯款方式退還考生。 4.錄取他校繁星推薦醫學系，申請期限於學系面試前一日 17:00 止，請檢附他校錄取證明。		