

【附表一】 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 個人資料蒐集告知聲明

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校(以下簡稱本校)，為辦理轉學考試相關行政作業，依據《個人資料保護法》之規定，向您蒐集、處理及利用個人資料。為保障您的權益，敬請詳細閱讀下列告知事項：

一、蒐集之目的

1. 轉學考報名受理、資格審查、資料核對、考試作業及放榜通知。
2. 與考試相關之必要聯繫、行政管理及後續詢問處理。
3. 依法應為之教育行政統計或相關主管機關要求之作業。

二、蒐集之個人資料類別

本校所蒐集之個人資料包括：

1. 辨識類：姓名、身分證字號、出生年月日、照片等。
2. 聯絡資訊：聯絡電話、通訊地址、電子郵件等。
3. 教育程度與學籍資料：原就讀學校、科別、年級、學生證影本、學籍證明、成績單、獎懲紀錄等。
4. 其他：與報名、資格審查或考試作業相關所需之文件資訊。

三、個人資料利用之期間、地區、對象及方式

1. 期間:自蒐集日起至轉學考相關業務終止後，並依相關法令規定之保存年限內。
2. 地區: 灣地區(包括澎湖、金門及馬祖等地區)或經考生授權處理，利用之地區。
3. 對象:本校相關承辦單位(包含註冊組、教務處、招生委員會等);依法有調閱或查核權限之主管機關;受本校委託之資料處理或保管單位。
4. 方式:以紙本、電子檔案、資訊系統或合法得利用之其他方式，進行蒐集、處理、保存、傳輸與使用。

四、當事人依個資法得行使之權利

依《個人資料保護法》第3條，您得就您的個人資料向本校行使：查詢或請求閱覽;請求製給複製本;請求補充或更正;請求停止蒐集、處理或利用;請求刪除。

五、提供資料之影響

若您未能提供完整且正確的個人資料，或不同意蒐集與利用，可能導致無法受理您的報名、無法完成資格審查、聯繫通知或相關行政作業，並可能影響參加轉學考或錄取資格。

六、其他事項

本聲明如有未盡事宜，依個人資料保護法及其他相關法規之規定辦理。

七、當事人同意聲明

本人(或家長/監護人)已詳閱並充分了解上述內容，並同意本校依本告知事項蒐集、處理及利用本人之個人資料，作為本次轉學考相關用途。

考生簽名：_____

法定代理人簽名(未成年考生須填)：_____

日期：_____年_____月_____日

**【附表二】 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校
115 學年度第一學期招收轉學生報名表(正面)**

姓 名		報名序號(本校填寫)	
聯 絡 電 話	(日) (夜)	(個人行動電話)	
聯 絡 地 址	□□□-□□ 縣 鄉 鎮 村 路 段 弄 市 市 區 里 街 巷 號		
家 長 或 緊 急 連 絡 人	姓 名		關 係
	電 話		
原 就 讀 學 校	❖校名： _____ <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 其他 ❖學籍狀態： <input type="checkbox"/> 在學生 (❖科別： _____ ❖年級： _____) <input type="checkbox"/> 休學中 <input type="checkbox"/> 退學 <input type="checkbox"/> 其他： _____		
報 名 科 別	<input type="checkbox"/> 護理科 <input type="checkbox"/> 幼兒保育科 <input type="checkbox"/> 美容造型科 <input type="checkbox"/> 健康休閒管理科 <input type="checkbox"/> 視光學科 <input type="checkbox"/> 口腔衛生學科 <input type="checkbox"/> 醫藥保健商務科		
報 名 年 級	<input type="checkbox"/> 五專二上 <input type="checkbox"/> 五專三上		
繳 交 資 料 考 生 自 我 檢 核	報 名 資 格 證 明 文 件 (必 繳)	❖學籍證明文件 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 休學或修業證明	
		❖無大過處分證明(學務處核章之獎懲紀錄) 當學期無大過證明	
		承 辦 單 位 審 核	❖學籍證明文件 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 ❖無大過處分證明 <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳 <input type="checkbox"/> 當學期無大過紀錄
本表確實為個人填寫並同意提供個人資料作為報名之用。 我已確實瞭解簡章相關規定，填寫資料若有不符事實或資格不符， 無異議接受取消報名資格之處分。 考生親筆簽章： _____			初審核章： <input type="checkbox"/> 符合資格 <input type="checkbox"/> 補件後合格 複審核章： <input type="checkbox"/> 核准報名 <input type="checkbox"/> 補件後核准

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

115 學年度第一學期招收轉學生報名表(背面)

115學年度第一學期招收轉學生相關證明文件黏貼表

◎隨報名表，共附上_____張證明文件

-----學生證或休學/修業證明文件影本-----
.....浮.....貼.....處.....

-----無大過處分證明文件影本-----
.....浮.....貼.....處.....

【附表三】 新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 115 學年度第一學期轉學考試

考生缺繳證件切結書

學校保存聯

本人_____報名貴校 115 學年度第一學期轉學考試，但相關證明文件未能及時取得，因此，郵寄報名資料當時尚未繳交 學生證影本 無大過紀錄證明 其他：_____，陳請新生醫護管理專科學校准予先行報名，並願依照簡章規定於 115 年 07 月 04 日(星期六)中午 11 點前補交所缺文件，未於期限繳交或繳交之證明文件與招生簡章所訂報考資格規定不符時，無異議接受取消報名(錄取)資格。

此致

新生醫專

立 書 人：

身分證字號：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 115 學年度第一學期轉學考試

考生缺繳證件切結書

考生保存聯

本人_____報名貴校 115 學年度第一學期轉學考試，但相關證明文件未能及時取得，因此，郵寄報名資料當時尚未繳交 學生證影本 無大過紀錄證明 其他：_____，陳請新生醫護管理專科學校准予先行報名，並願依照簡章規定於 115 年 07 月 04 日(星期六)中午 11 點前補交所缺文件，未於期限繳交或繳交之證明文件與招生簡章所訂報考資格規定不符時，無異議接受取消報名(錄取)資格。

此致

新生醫專

立 書 人：

身分證字號：

連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日