

# 授權辦理個人資料同意書

## 委託書

本人(姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ )，

係為崇仁醫護管理專科學校高職部 五(二)專部\_\_\_\_\_科學生、校友

同意授權\_\_\_\_\_向崇仁醫護管理專科學校辦理以下個人資料(請自行勾選)。

- 申請休學、修業證明(限一份)
- 申請畢業證明書、副學士學位證明書(限一份)
- 申請中文成績證明\_\_\_\_\_份(學期 歷年)
- 申請英文成績證明\_\_\_\_\_份(歷年)

此致

崇仁醫護管理專科學校教務處招生註冊組

立書人姓名：\_\_\_\_\_

聯絡電話：：\_\_\_\_\_ 中華民國 年 月 日

----以下請張貼**立書人證件**正面之影本(身分證、駕照、健保卡、居留證或護照均可)，以資證明!----

**本授權同意書係依「個人資料保護法」相關規定辦理；代理人亦請務必攜帶證件前來辦理。**

崇仁醫護管理專科學校教務處招生註冊組聯絡電話：(05)2658880~213、214 傳真：(05)2658913