

高雄醫學大學代辦衛生福利部 110 學年度  
「專科護理師碩士公費生試辦計畫」  
碩士公費生甄試入學遞補入學確認單

(※本表限已獲遞補者填寫有效，尚未獲遞補缺額之備取生或其他考生填寫者一概無效。)

准考證號碼	
姓 名	
身分證字號	
遞補學校	
班 別	專科護理師碩士公費生試辦計畫碩士班
地 址	
手 機	
本人為獲遞補缺額之備取生，茲此確認本人願意遞補入學。	
考生簽章：	日期：110 年 月 日

※備註：本表應於規定期限前逕寄「高雄醫學大學郵局第 100 號信箱」或送至本校招生組。

注意事項：獲遞補缺額之備取生應於通知您獲遞補起 2 日內(不含假日)，完成限時掛號郵寄或送交【遞補入學確認單】及【學位證書影本或應屆畢業切結書】，否則取消遞補資格。