**醫學院校外英語能力檢定考試鼓勵方案繳交資料檢核表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本資料 | | | | | |
| 姓名： | | 學號： | | | 班級： |
| 院別： | | 系所： | | | 就讀學位： |
| 聯絡電話： | | | 電子郵件： | | |
| 繳交資料檢核表 | | | | | |
| □ 上傳檢定證書或成績單至英檢學生證照維護系統  □ 報名校外英語能力檢定考試收據正本  □ 學生證影本 (須檢附正本供查驗)  □ 校外英語能力檢定證書或成績單影本(須檢附正本供查驗)  □ 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)  □ 若校外英語能力檢定證書或成績單上所載姓名為英文者，應另檢附足資證明英文姓名之  證件(如護照等）以供驗證 | | | | | |
| 承辦人 | 學生獎勵小組系所負責人 | | | 學生獎勵小組 | |
| □ 檢核通過  □ 檢核不通過，須補件  □ 檢核不通過，資格不符合 | □ 檢核通過  □ 檢核不通過，須補件  □ 檢核不通過，資格不符合 | | |  | |

填寫日期： 年 月 日