

慈濟大學學生延長休學申請書

姓名		學號				
系所別		年級				
原核准之休學期間	自第【 】學年第【 】學期 至第【 】學年第【 】學期，共【 】學期					
申請延長休學期間	申請延長 學期 自第【 】學年第【 】學期 至第【 】學年第【 】學期，共【 】學期					
通訊地址	郵遞區號 (□□□)		聯絡電話			
申請延長休學原因						
附繳證件	1. 原休學證明書正本 2. 申請延長休學原因證明文件 (驗畢寄還) 3. 家長或監護人同意書 4. 學生團體保險切結書或繳費收據					
申請人簽章			法定代理人 同意簽章			
會簽單位 請申請人依流程程序1→2→3→4 簽辦，以上流程限於 1 週內簽辦完成後， 再送教務處。	1. 系所主管：	日期	2. 學務處 生活輔導組：	日期	3. 國務中心 (本地生免、僑 外生、陸生必填)	日期
			衛生保健組：	日期	4. 出納組	
註冊組經辦人			註冊組組長			
教務長			校長			

(105.11.4版)

注意事項：

- ※ 本表單請學生填寫並經法定代理人簽章，逕送會簽單位 (依1→2→3→4順序簽辦)，以上流程限於1週內簽辦完成後，再送教務處辦理。
- ※ 休學期滿，必須於學期開學日前辦理復學手續，並依規定完成註冊，始恢復在學學籍。

延長休學法定代理人同意書

學生_____，學號_____，

係因_____，

請予核准申請延長休學_____學期。

此致

慈濟大學

法定代理人簽名蓋章：

與學生關係：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

慈濟大學學生團體保險【自願放棄】切結書

(填寫此表前，請先詳細閱讀注意事項)

105.06 版

注意事項：

1. 本校依據大學法第三十四條規定辦理「學生團體保險」，凡具備本校學籍之學生，皆具有參加保險資格，為維護個人權益，敬請謹慎考量是否參加保險。
2. 學生團體保險非強制性，依教育部規定，如選擇自願放棄學生團體保險者，教育部不予補助，且須簽署切結書，並於開學 7 日內送達本校衛生保健組，未依期限辦理者，一律視同同意加保。
3. 有關學生團體保險業務請洽詢衛生保健組（電話：03-8565301 分機 1208），郵寄地址：970 花蓮市中央路三段 701 號 衛生保健組收。
4. 本校為辦理學生團體保險之目的，須蒐集學生姓名、系/所、學號、生日、電話、地址（C001 辨識個人者及 C011 個人描述）等個人資料，在立書人所述期間於校務地區內進行相關業務聯繫。本校於蒐集您的個人資料時，如不同意填寫或項目遺漏，可能會無法完成此業務。如欲更改資料或行使其他個人資料保護法第 3 條的當事人權利，請洽本校衛生保健組。

學生姓名：_____ 系/所：_____ 學號：_____

出生日期：民國____年____月____日，自____學年度第____學期至____學年度第____學期止，共____學期，選擇**自願放棄**學校辦理之學生團體保險，於未投保期間如發生疾病或意外事故，導致身故、殘廢或接受醫療時，皆不得向學校與保險公司申請理賠給付，特此證明。

此致 **慈濟大學**

立書人(學生本人)簽名：_____

聯絡電話：_____

聯絡地址：_____

法定代理人同意簽名：_____

(未滿 20 歲者，需法定代理人同意，已成年及未成年已婚之學生由本人簽署)

立書日期：中華民國____年____月____日

備註：本切結書影本於____年____月____日以當面遞交 郵寄給學生/法定代理人存查。