

**中華民國馬偕學校財團法人馬偕醫學大學校友會**  
**贊助會員入會申請書**

申請人姓名	
民國出生年月日	年 月 日
國民身分證統一編號 (居留證號)	
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
現 職	服務單位：
	職 稱：
戶籍或聯絡地址	
聯絡方式	室內電話： 傳 真： 行動電話： 電子信箱：
贊助項目	

本人已確實填寫申請書之內容，並同意提供個人資料以供中華民國馬偕學校財團法人馬偕醫學大學校友會傳達學校、學術、就業及校友聯誼等活動相關訊息使用。

簽名欄：\_\_\_\_\_（應親自簽名或蓋章）

申請日期：中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日