

115 年第一次醫學臨床技能測驗報名表

■ 准考證號碼：□□□□□□□□

【此欄考生請勿填寫】

■ 考場：_____ ■ 日期：115 年 ___ 月 ___ 日，第 ___ 梯次

中文姓名	王小明		英文姓名	Xiao-Ming Wang		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	 請勿使用生活照									
學校名稱 (全名)	(中文) 中國醫藥大學 (英文) China Medical University																
身分證號	A	1	2	3	4	5	6		7	8	9	出生日期	年 (民國)	月	日		
													9	9	0	9	0
聯絡方式	手機	0X-XXXXXXX				E-Mail	09XX-XXXXXX										
緊急聯絡人	姓名	王大明				手機	09XX-XXXXXX				關係	父子					
戶籍地址	404 台中市北區學士路 91 號 (請填寫戶籍地址)																
通訊地址	<input checked="" type="checkbox"/> 同戶籍 或 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
報名身分	<input checked="" type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系雙主修應屆畢業生(於民國 115 年 7 月 31 日前畢業者為應屆畢業生)。(請圈選系別) <input type="checkbox"/> 公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系雙主修於民國 101 年 8 月 1 日以後畢業未取得醫學臨床技能測驗及格證明者。(請圈選系別) <input type="checkbox"/> 國外大學醫學系畢業生，須經醫師考試分試考試第一試或分階段考試第一階段考試及格，且經衛生福利部選配分發之臨床實作醫院，並將於 115 年 5 月 31 日前完成臨床實作訓練合格者。 <input type="checkbox"/> 國外大學醫學系畢業經醫師考試分試考試第一試或分階段考試第一階段考試及格，並經選配分發而於 102 年 1 月 1 日以後完成臨床實作訓練未取得醫學臨床技能測驗及格證明者。																
資料簽名欄 (請打勾)	本報名表請以藍、黑色筆正楷填寫，各相關報名資料必須詳實並與所附證件相符。若因報名資料不齊、不符或逾期等因素即不受理。若經查獲資料不實，其責任概由報名者自行負責並取消應考及資格。			a 或 b	1. 學歷證明影本 (請填入代碼) a. 應屆畢業生繳交學生證/在學證明 b. 國內畢業生繳交畢業證書 c. 國外畢業生繳交學歷證明				考生簽名								
			V	2. 一年內二張 2 吋正面脫帽半身照片 (一張黏貼、一張夾附於報名表)													
			V	3. 身分證明文件影本													
			V	4. 應試者個人資料蒐集、處理及利用告知事項暨同意書													
				5. 其他文件：													
※同意台灣醫學教育學會將本人姓名、身份證字號及准考證號碼，登錄於醫學臨床技能測驗結果查詢系統，查詢結果顯示時將隱密部分個人資訊。										資料核對無誤後，請於此親筆簽名。							

【審核欄】	【此欄考生請勿填寫】	審查結果	審查人員簽名或蓋章
條件 1. 報名資訊填寫完整及正確	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，須補資訊：_____	<input type="checkbox"/> 通過	(系主任或考場主任)
條件 2. 身分條件符合應考資格	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，原因：_____	<input type="checkbox"/> 不通過	115 年 ___ 月 ___ 日

依據「個人資料保護法」,請詳細閱讀以下「應試者個人資料蒐集、處理及利用告知事項」

一、 蒐集單位：

1. 公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系
2. 醫學臨床技能測驗考場
3. 台灣醫學教育學會

二、 個人資料蒐集之目的：

基於辦理醫學臨床技能測驗（OSCE）相關試務，提供測驗成績、通知、放榜、證明使用之資（通）訊服務，資（通）訊與資料庫管理、教育研究及統計研究分析、應試者資料管理，醫學臨床技能測驗試務必要工作，或經應試者同意之目的。

三、 個人資料之類別：

應試者所填具繳交之報名表及報名所附各項證明（詳簡章），其文件中所載各項個人資料。

四、 個人資料利用之對象：

公立或立案之私立大學、獨立學院之醫學系/學士後醫學系/中醫學系選醫學系、醫學臨床技能測驗考場、台灣醫學教育學會、考選部、教育部、衛生福利部。

五、 個人資料利用之方式：

醫學臨床技能測驗試務作業、資（通）訊與資料庫管理、應試者之聯絡、考試成績與相關資訊之發送通知、醫學臨床技能測驗結果查詢（內含姓名、准考證號碼、身份證字號）、提供合作單位進行業務轉移、應試者應考資格查驗，基於試務公信的必要揭露與學術研究及其他有助上開蒐集目的完成之必要方式。依法令規定或應主管機關或司法機關依法所為之要求，提供應試者個資或相關資料。

六、 報名後應試者得檢附相關證明文件，請求更正個人資料。應試者如未提供真實且正確完整之個人資料，將導致無法進行考試報名、緊急事件無法聯繫、考試成績無法送達等，影響應試者考試、後續試務與接受考試服務之權益。

個人資料之同意提供

本人已充分知悉上述告知事項，並同意蒐集、處理及利用本人之個人資料，以及其他公務機關請求行政協助目的之提供。

立同意書人： 王小明 (簽名或蓋私章)

中華民國 115 年 1 月 19 日

身分證範例

範例 第 2 頁

	
---	--

學生證影本(請蓋註冊章)

若使用在學證明，請另外以 A4 列印出，單張夾放，請勿黏貼於本頁

匯款收據 / 繳費收據影本

	中國醫藥大學 推廣教育中心
校 址：台中市北區學士路 91 號	
報名班別：OSCE	
開課日期：	
茲收到學員 王小明	學費 8000 元整
經手人： XXX	日期：115 年 月 日



中國醫藥大學在學證明書

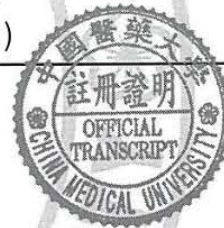
Certificate of Enrollment

學生姓名 Name	王小明 Xiao-Ming Wang
學生學號 Student ID	109001000
學制 / 修業年限 Program / Durations	大學部 / 六年制 Undergraduate / 6 years
就讀學院 College	醫學院 College of Medicine
就讀系所 / 年級 Department / Grade	醫學系 / 六年級 School of Medicine / 6th
入學日期 Date Enrolled	109年09月 September, 2020
目前就讀 Current Status	114 學年度第1學期(114 年 8 月~ 115 年 1 月) Fall Semester, 2025 (Aug, 2025 ~ Jan, 2026)

此證

中國醫藥大學 教務處

Office of Academic Affairs, China Medical University



該證明文件係為本校(中國醫藥大學)網路列印正式文件，嚴禁塗改、偽造或轉變成任何其它形式使用。

This is an official document printed under China Medical University's online network. Any alteration or falsification is strictly prohibited.

如需認證請至網站：<https://cert.cmu.edu.tw/coe>

輸入學號(7或9碼)： 109001000

認證碼：XXXXXXXXXXXX

或掃描右側QR Code直接驗證

If further verification is required, please visit <https://cert.cmu.edu.tw/coe>

Enter student ID number： 109001000

verification code：XXXXXXXXXXXX

Alternately, you scan the QR Code on the right

本證明書有效日期： 2026-05-18

Expiration date： 2026-05-18