



請貼相片

Attach recent bust
Photograph here

1. 申請人資料 Personal information

名 Given name: _____ 姓 Family name: _____

中文姓名 Chinese name: _____ 國籍 Nationality: _____ 性別 Sex: ☐男 M ☐女 F

出生日期 Date of birth: _____年/Year _____月/Month _____日/Day 護照號碼: _____

通訊處 Mailing address: _____

戶籍地 Permanent Address: _____省_____市

電話 Phone Number (國碼/區域號碼): _____ E-mail: _____

緊急聯絡人 Emergency contact person: _____

2. 學歷 Educational information

目前就讀學校 Current school name: _____

系所 Department _____ 專業 Major: _____

年級 Year in school: ☐大學部 Undergraduate _____ ☐研究所 postgraduate _____

3. 修業計畫 Study Plan

b. 申請本校系所 The department or post-graduate institute you intend to enroll in:

_____學院/College _____系(所)/ Department

b. 交換計畫期間 Duration of your exchange study: 2014 Spring ☐ 1 學期/ 1 Semester ☐ 1 學年/ 1 Year

c. 留學動機與計畫 Objective and detailed plan of study (可另附紙張) (about 300 words. Attach additional paper if necessary):

4. 語言能力 Language proficiency:

	讀 Reading	寫 Writing	聽 Listening	說 Speaking
中文 Chinese:	_____	_____	_____	_____
英文 English:	_____	_____	_____	_____
Other _____:	_____	_____	_____	_____

(請用優,良,可,差 Please indicate : Excellent, Good, Fair, Poor)

5. 健康情形 Health condition: (請附體檢證明 Please attach health certificate.) _____

交換學生簽名/Signature of applicant: _____ 日期/Date: _____

大陸地區人民入出臺灣地區申請書

申請人資料	姓名				英文姓名 (正楷填寫)				<input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 再次申請		
	原名 (別名)			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生地	省 (市)	縣 (市)	身分證號碼		
	出生年月日	民國 年 月 日 (西元 年)			學歷				統一證號(無則免填)		
	申請事由 及代碼	研修(198)			所經第三地區	<input checked="" type="checkbox"/> 大陸 <input type="checkbox"/> 港澳 <input type="checkbox"/> 國外 <input checked="" type="checkbox"/> 其他(直航或大三通)			入出境證別	<input checked="" type="checkbox"/> 單次 <input type="checkbox"/> 逐次加簽許可證 <input type="checkbox"/> 多次	
現職	本職：										
	兼職：										
	經歷 (含曾任職務、具有何種專業造詣等)										
	居住地址							電話			
料	連絡地址							電話			
	證照資料	<input type="checkbox"/> 大陸地區所發護照 <input type="checkbox"/> 其他		號碼			發照日期及效期			何時由何地到僑居地	地點： 時間：
	外國簽證資料	國別		種類		日期		效期		停留期限	
	申請人親屬狀況	稱謂	姓名	出生年月日	存歿	職業	現住地址			電話	
來臺地址(旅館)	父	(必填)	(必填)	(必填)	(必填)						
	母	(必填)	(必填)	(必填)	(必填)						
	配偶										
	子女										
探親探病奔喪對象資料	稱謂	姓名	出生年月日	身分證號	現住地址			電話及手機號碼			
代申請人資料	申請人										
<input type="checkbox"/> 同意以簡訊方式通知核准或補件，手機號碼：_____											
一、最近6個月內所拍之彩色脫帽、未戴有色眼鏡，五官清晰、不遮蓋，相片不修改，足資辨識人貌，直4.5公分，橫3.5公分，人像自頭頂至下顎之長度不得小於3.2公分及超過3.6公分，白色背景之正面半身薄光面紙照片，且不得使用合成照片。 二、照片背面請書寫姓名、出生日期。		代辦旅行社									
		註冊編號									
		公司及負責人戳記									

文併

共計

人

條碼編號請勿汙損

申 報 事 項	一、依臺灣地區與大陸地區人民關係條例第七十七條規定：「大陸地區人民在臺灣地區以外之地區，犯內亂罪、外患罪，經許可進入臺灣地區，而於申請時據實申報者，免予追訴、處罰。」 二、申請人現任或曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，請於本欄據實詳述。如未據實填寫，經查獲或遭人檢舉者，應負法律責任。 <input type="checkbox"/> 申請人未曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者。 <input type="checkbox"/> 申請人曾任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，曾任職於 <input type="checkbox"/> 申請人現任大陸地區黨務、行政、軍事或具政治性機關（構）、團體之職務或為其成員者，現任職於					申請事由(代碼)		
	接待單位：國立臺灣藝術大學					社 會 交 流 探親(03) 奔喪(35) 團聚(53) 探病(64) 運回遺骸骨灰(76) 人道探親(77) 進行刑事訴訟(78) 兩岸會談或專案活動(81) 隨行駐華(87) 飛航任務(88) 專案許可(95) 公法給付(105) 隨行團聚(133) 大陸船員(135) 節日包機(147) 短暫團聚(148) 緊急醫療包機(152) 特定人道包機		
注意 事項	一、本申請書由申請人或代申請人親自據實填寫，如未據實填寫經查獲者，得撤銷其入境許可，並限期離境。由在台親屬委託他人代為送件時，應檢附委託書。 二、申請人來台期間應遵守中華民國法令，並依限離臺，且不得從事與許可目的不符之活動。					文 教 交 流 宗教活動(09) 文教活動(79) 傳習民族技藝(81) 大眾傳播活動(83) 衛生活動(91) 環保活動(94) 法律活動(99) 體育活動(102) 地政活動(112) 營建活動(113) 公共工程活動(114) 學術科技活動(115) 學術科技研究活動(116) 消防活動(119) 社會福利活動(120)		
大陸地區 居民身份證正反面影本資料								
以上所填內容，俱屬事實，如有捏造或虛假情事，願負法律責任。								
申請人：		簽章		代申請人		簽章		
核轉單位簽註同意與否意見及簽章				入 出 境 管 理 局 處 理 意 見				
				備		中央目的事業主管機關核准大陸地區專業人士來臺文號		
				註		機關名稱： 文號： 年 月 日 號 函		
							經 濟 交 流 商務活動(金、馬)(16) 產業交流活動(82) 經貿活動(89) 交通事務活動(90) 農業活動(92) 財金活動(93) 勞工交流活動(106) 產業科技活動(117) 產業科技研究活動(118) 履行契約(126) 跨國企業內部人員調動(127)	
							商 務 活 動 商務訪問(139) 商務考察(140) 商務會議(141) 演講(142) 商務研習、受訓(143) 履約服務活動(144) 參加商展(145) 參觀商展(146)	



國立臺灣藝術大學 境外學生健康檢查記錄表

National Taiwan University of Arts Health Report for International Students

姓名(中文) Full name(in Chinese)	(英文) (in English)	性別 Sex	2" Photo
身分證字號 ID No	護照號碼 Passport No		
出生日期 Date of Birth	國籍 Nationality		
父親姓名 Father's full name	職業 Occupation		
住址 Home address			
現在通信訊 Mailing address			
電話 () Tel	行動電話 Mobile-phone		

病史 MEDICAL HISTORY (請自行填寫 Please fill in the form)

你是否曾感染過下列疾病 (Have you ever had disease of the following) :

- | | |
|--|--|
| 1. 心臟病 (Heart Disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
2. 高血壓 (Hypertension) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
3. 肺病 (Lung disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
4. 氣喘 (Asthma) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
5. 肝病 (Lung disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
6. 糖尿病 (Diabetes) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
7. 腎臟病 (Kidney disease) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
8. 癲癇 (Epilepsy) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
9. 結核病 (Tuberculosis) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
10. 登革熱 (Dengue fever) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
11. 關節炎 (Arthritis) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
12. 血友病 (Hemophilias) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | 13. 瘧疾 (Malaria) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
<input type="checkbox"/> a. 間日瘧 (Plasmodium Vivax)
<input type="checkbox"/> b. 卵型瘧 (Plasmodium ovale)
<input type="checkbox"/> c. 三日瘧 (Plasmodium malariae)
<input type="checkbox"/> d. 熱帶瘧 (Plasmodium Falciparum)
14. 紅斑性狼瘡 (Iupus erythematosus) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
15. 手術 (Operation) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
16. 過敏性 (Hypersensity) (藥物、食物、氣味) <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
17. 其他 (Other) _____ |
|--|--|

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

(N---Normal Ab---Abnormal)

身高 (Height): _____公分(cm) 體重 (Weight): _____公斤(kg)
 血壓 (Blood Pressure): _____ / _____ mmHg(毫米汞柱) 脈搏 (Pulse): _____次/min
 視力 (Vision): 裸視 uncorrected 左 L_____ 右 R_____ 矯正 corrected 左 L_____ 右 R_____
 口腔 (Oral): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 辨色力 (Color Vision): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 耳、鼻、喉 (Ear Nose Larynx): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 頭 (head): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 心臟 (Heart): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 腹部 (abdominal): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 肢體運動 (Locomotor): 肌肉骨關節 ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 泌尿生殖器 (External genitalia): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____
 皮膚 (Skin): ☐正常(N) ☐異常(Ab)_____

實驗室檢查 LABORTORY EXAMINATIONS	
HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV Antibody): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 未確定(Indeterminate)	
a.篩檢 (Screening Test): <input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> Serodia <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____	
b.確認 (Confirmatory Test): <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____	
胸部X光檢查肺部結核(Chest X-Ray for Tuberculosis): ※限大片攝影 (Standard Film Only)	
<input type="checkbox"/> 正常(Normal) <input type="checkbox"/> 異常(Abnormal)(有活動性肺結核) <input type="checkbox"/> 其它異常(Other) _____	
腸內寄生蟲害(含痢疾阿米巴等原蟲)糞便檢查(採用離心濃縮法檢查) (Stool examination for parasites includes Eneameba histolytica etc.) (centrifugal concentration method):	
<input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性, 種名(Positive, Species) _____ (請寫中英名)	
梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
a. <input type="checkbox"/> RPR b. <input type="checkbox"/> VDRL c. <input type="checkbox"/> TPHA/TPPA d. <input type="checkbox"/> 其他 (Other) _____	
麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明 (Proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates):	
a.抗體檢查 (Antibody test) 麻疹抗體 measles antibody titers <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
德國麻疹抗體 rubella antibody titers <input type="checkbox"/> 陽性(Positive) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
b.預防接種證明 Vaccination Certificates	
<input type="checkbox"/> 麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Measles	
<input type="checkbox"/> 德國麻疹預防接種證明 Vaccination Certificates of Rubella	
c. <input type="checkbox"/> 經醫師評估, 有接種禁忌者, 暫不適宜接種 (Having contraindications, not suitable for vaccination)	
漢生病檢查(Check-up for Hansen, s Disease):	
漢生病視診結果 (Skin Check-p) <input type="checkbox"/> 正常(Normal) <input type="checkbox"/> 異常(Abnormal) (※視診異常者, 須進一步採檢確認)	
(※If abnormal skin lesion is found, further skin biopsy or skin smear is required)	
a.病理切片 (Skin Biopsy): <input type="checkbox"/> 陽性 (多菌、少菌性【Positive-MB, PB】; 診斷依據: 兩者之一即為陽性【Diagnostic if either of them positive】) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
b.皮膚抹片 (Skin Smear): <input type="checkbox"/> 陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) <input type="checkbox"/> 陰性(Negative)	
※皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大 (Sikn lesions combined with sensory loss or enlargememt of peripheral nerves)	
<input type="checkbox"/> 有 (Yes) <input type="checkbox"/> 無 (No)	
B 型肝炎表面抗原檢查(Hepatitis B Surface Antigen Test): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
B 型肝炎表面抗體檢查(Hepatitis B Surface Anti-HBsAb Test): <input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)	
尿常規檢查 (Urine Routine Test)	
尿蛋白 (urine protein): _____ (－、＋、／、－)	
尿糖(urine sugar): _____ (－、＋、／、－)	
尿潛血 (Occult Blood): _____ (－、＋、／、－)	
尿鹼值 (PH): _____ (4.5~8.0)	
血液學檢查(cell blood count)	
白血球 (WBC) _____ 10 ³ /mm (4~10)	
紅血球 (RBC) _____ 10 ⁶ /mm (4~6.5)	
血紅素 (Hemoglobine) _____ /dl (12~18)	
血小板 (PLT) _____ 10 ³ /mm (120~450)	
平均血球容積 (MCV) _____ fl (80~100)	
血糖(空腹 AC sugar) _____ mg/dl (70~110)	
肝功能 (Liver Function): SGOT _____ U/L(0~34) SGPT _____ U/L(0~36)	
腎功能 (Renal Function):	
肌酸酐 (Creatinine) _____ mg/dl (0.5~1.4)	
尿酸 (Unic Acid): _____ mg/dl (2~8) 血尿素氮(BUN) _____ mg/dl (5~25)	
血脂肪 (Lipid): 總膽固醇 (Total Cholesterol): _____ mg/dl (<200mg/dl) 三酸甘油脂(Triglyceride): _____	
血型(blood type): _____ 型	