

吉隆坡臺灣學校報名表格 (學生資料)
CHINESE TAIPEI SCHOOL REGISTRATION FORM

學生姓名 STUDENT'S NAME	中文 CHINESE			性別 GENDER	<input type="checkbox"/> 男 MALE <input type="checkbox"/> 女 FEMALE	
	英文 ENGLISH			血型 BLOOD TYPE		
				護照號碼 PASSPORT NO.		
				國籍 NATIONALITY		
出生日期 D.O.B	年 YY 月 MM 日 DD	出生地點 PLACE OF BIRTH :			國家 COUNTRY	縣/市 COUNTY
入學年級 GRADE OF ENROLLMENT		小學 ELEMENTARY : ()年級 GRADE	國中 MIDDLE SCHOOL : ()年級 GRADE		高中 HIGH SCHOOL : ()年級 GRADE	
通訊地址 MAILING ADDR.	大馬 M'SIA				電話 TEL	
	臺灣/其他 TAIWAN/ OTHERS				電話 TEL	
家長姓名 PARENTS' NAME	父親 FATHER	中文 CN	母親 MOTHER	中文 CN	電話 CONTACT NUMBER	O:
		英文 EN		英文 EN		H:
	學歷 QUA	學歷 QUA	H/P:			
服務機構 COMPANY'S NAME: _____ 職稱 POSITION: _____ 電話 TEL: _____						
台商協會會籍號碼 TIAM'S MEMBERSHIP NO.: _____ (請附上會員證影印本 pls attach a copy of documentary proof)						
地址 COMPANY'S ADDR _____						
交通調查 TRANSPORTATION SURVEY		<input type="checkbox"/> 自行接送 BY OWN		<input type="checkbox"/> 其他 OTHERS		
住宿調查 ACCOMMODATION SURVEY		<input type="checkbox"/> 自行安排 BY OWN		<input type="checkbox"/> 校方宿舍 SCHOOL'S DORMITORY		
入學前就讀學校之名稱 NAME OF PREVIOUS'S SCHOOL _____						
國 小 ELEMENTARY ()年級 GRADE / 國 中 MIDDLE SCHOOL : ()年級 GRADE / 高 中 HIGH SCHOOL : ()年級 GRADE						
馬來西亞居留狀況 STATUS OF RESIDENCE IN M'SIA : <input type="checkbox"/> 依親 DEPENDENCE PASS <input type="checkbox"/> 學生簽證 STUDENT'S PASS <input type="checkbox"/> 其它 OTHERS						
個人健康紀錄 HEALTH RECORD (1. 你曾患過下列各種疾病嗎? DO YOU HAVE ANY DISEASES AS BELOW? <input type="checkbox"/> 是 YES <input type="checkbox"/> 否 NONE)						
<input type="checkbox"/> 1. 心臟病 HEART DISEASE <input type="checkbox"/> 2. 癲癇 EPILEPSY <input type="checkbox"/> 3. 骨折 FRACTURE <input type="checkbox"/> 4. 麻疹 MEASLES <input type="checkbox"/> 5. 肺結核 PULMONARY <input type="checkbox"/> 6. 腦炎 ENCEPHALITIS <input type="checkbox"/> 7. 精神疾病 MENTAL DISORDER <input type="checkbox"/> 8. 過敏 ALLERGY <input type="checkbox"/> 9. 氣喘 ASTHMA <input type="checkbox"/> 10. 風濕熱 RHEUMATIC FEVER <input type="checkbox"/> 11. 腎臟病 NEPHROPATHY <input type="checkbox"/> 12. 肺炎 PNEUMONIA <input type="checkbox"/> 13. 肝炎 HEPATITIS <input type="checkbox"/> 14. 傷寒 TYPHOID (FEVER) <input type="checkbox"/> 15. 疝氣 HERNIA <input type="checkbox"/> 16. 水痘 CHICKEN POX <input type="checkbox"/> 17. 血友病 HAEMOPHILIA <input type="checkbox"/> 18. 腮腺炎 PAROTITIS <input type="checkbox"/> 19. 香港腳 HONG KONG FOOTS <input type="checkbox"/> 20. 德國麻疹 RUBELLA IgGAb <input type="checkbox"/> 21. 小兒麻痺 INFANTILE PARALYSIS <input type="checkbox"/> 22. 其它 OTHERS _____					2. 是否曾動過手術? DID YOU HAVE ANY OPEARATION BEFORE? <input type="checkbox"/> 是 YES <input type="checkbox"/> 否 NONE 若是, 請說明 IF YES, PLEASE STATE: _____	
本欄校方紀錄 OFFICE USE ONLY		註冊組簽章		學務主任簽章		校長簽章
入學日期: _____年____月____日						
<input type="checkbox"/> 宿舍安排 <input type="checkbox"/> 素食						
註冊繳費: <input type="checkbox"/> 已繳 <input type="checkbox"/> 未繳		總務主任簽章		教務主任簽章		
編 班 : _____年級						
學 號 : _____						