

吉隆坡臺灣學校新生、轉學生入學申請表

CHINESE TAIPEI SCHOOL(K.L.) APPLICATION FORM FOR ADMISSION

申請日期 Date(yyyy/mm/dd):

年(Y)

月(M)

日(D)

(13.03.2024 修訂)

學生姓名 Student's Name	中: 英(En):	國籍 Nationality		性別 Gender	
出生年月日 Date of Birthday	年(Y) 月(M) 日(D)	入學年級 Entry	<input type="checkbox"/> 國小 Primary <input type="checkbox"/> 國中 Junior <input type="checkbox"/> 高中 Senior	年級 Grade	
父親姓名 Father's Name	中: 英(En):	國籍 Nationality		電話/郵箱 Mobile no./ Email addr.	
母親姓名 Mother's Name	中: 英(En) :	國籍 Nationality		電話/郵箱 Mobile no./ Email addr.	
監護人姓名 Guardian Name	中: 英(En):	國籍/電話/郵箱 Nationality/Mobile no./Email addr.		關係 Relation ship	
希望面試日期 Interview appointment	Date: Time:	預計入學日期 Entrance Date	年(Y) 月(M) 日(D)		

入學文件請自我檢核，文件備齊連同本表繳交至註冊組(ctsreg@cts.edu.my)

Please select and prepare the documents you need to submit below (submit to ctsreg@cts.edu.my)

<input type="checkbox"/> 報名表 Application Form	<input type="checkbox"/> 轉學紀錄 Transfer record	台商證明： TWCHAM membership card	在馬居留簽證(請勾選VISA):
<input type="checkbox"/> 護照影本 Passport copy	<input type="checkbox"/> 輔導紀錄 Coaching record	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No	1. <input type="checkbox"/> 依親簽證(自辦) Dependent visa (by yourself)
<input type="checkbox"/> 相片4張 ID Photos	<input type="checkbox"/> 健康紀錄 Health Record	住宿需求： Require of dormitory	2. <input type="checkbox"/> 學生簽證(自辦) Student visa (by yourself)
<input type="checkbox"/> 成績單 Transcript		<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No	3. <input type="checkbox"/> 學生簽證(學校代辦) Student visa (through school)
			4. <input type="checkbox"/> 第二家園簽證(自辦) MM2H visa (by yourself)

您是如何得知本校? How did you hear about us?

 校網 Website 社群媒體 Social Media 郵件 Email 宣傳單 Brochure 其他 Other _____ 朋友或同事推薦 Recommended by friend or colleague / 推薦人姓名 Recommender's name _____**入學資格審查 ※以下由註冊組填寫 Eligibility of Admission. Fill up by Registration Section**

新生轉學生 面試測驗日期/時間	入學測試結果
學科測驗： 面試：	國語(國文)： 英文： 數學： 學籍成績/輔導紀錄等審查註記： 面試審查註記：

導師簽章	註冊組簽章	輔導組簽章	生輔組簽章
學務主任簽章	總務主任簽章	教務主任簽章	校長簽章

承辦人：_____

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

(13.03.2024 修訂)

學生姓名 STUDENT'S NAME	中文 CHINESE	性別 GENDER <input type="checkbox"/> 男 MALE <input type="checkbox"/> 女 FEMALE	血型 BLOOD TYPE				
	英文 ENGLISH		身分證/護照號碼 ID/PASSPORT NO.				
			國籍 NATIONALITY				
			出生地點 PLACE OF BIRTH : 國家 COUNTRY 省/市 PROVINCE/CITY 縣/市 COUNTY				
出生日期 D.O.B	年(Y) 月(M) 日(D)						
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 TWCHAM'S MEMBERSHIP NO.:..... (請附上會員證影印本 Please 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 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		2. 是否曾動過手術? DID YOU HAVE ANY OPERATION BEFORE?	
<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"/> 是 YES <input type="checkbox"/> 否 NONE	
<input type="checkbox"/> 11. 腎臟病 NEPHROPATHY		<input type="checkbox"/> 12. 肺炎 PNEUMONIA		<input type="checkbox"/> 13. 肝炎 HEPATITIS		若是, 請說明 IF YES, PLEASE STATE:	
<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 ATHLETE'S FOOT			
<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 _____							
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 : _____							