

# 逢甲大學華語文教學中心

## 健康檢查表

### FCU Chinese Language Center

#### Medical Report

核發日期 Date (dd/mm/yyyy):

請填寫完整 Please complete all.

姓名(如同護照) Name (on passport)				照片 Photo
永久住址 Permanent Address				
出生(日月年) Birth Date		性別 Sex	男 Male 女 Female	
國籍 Nationality		護照號碼 Passport #		
胸部 X 光肺結核檢查 Chest X-Ray for Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		片號 Photo No.	
申請人簽名 Applicant's Signature				(醫院蓋章 Stamp of medical facility)
醫師簽名 Doctor's Signature				

- 檢驗結果有效期限為六個月。Valid for 6 months.
- 未填寫日期、簽名、蓋章者，視為無效。INVALID without exam date, signature, and stamp.