

醫學複審申請書

填寫日期： 年 月 日

申請人姓名		運動項目	
所屬單位	(請填寫代表縣市或相關協會)	連絡電話	
通訊地址			
事由			
已知悉申請醫學複審之相關規定? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
同意繳交醫學複審規費 新台幣 3,000 元整? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
➤ 相關檢附文件 (列舉於下, 並裝訂如附件)			
1.		3.	
2.		4.	
申請人			(簽章)
以下欄位由分級中心填寫			
接受進行醫學複審? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 已收規費 新台幣 3,000 元整	
分級小組 裁定			
分級師簽名: 1. _____ 2. _____ 3. _____			
承辦人		覆核	