

福嚴佛學院入學報名表

報考類別	<input type="checkbox"/> 插班大學部一年級（四年制） <input type="checkbox"/> 插班大學部一年級（二年制）
------	--

填表日期： 年 月 日

編號：

法 名		法 號		俗 名							
出生日期	年 月 日	出生地		身分證字號 (護照號碼)							
歸依上人	上 下 法師	歸依地點		歸依時間	年 月 日						
剃度恩師	上 下 法師	剃度常住		剃度時間	年 月 日						
得戒和尚	上 下 法師	戒 常 住		受戒時間	年 月 日						
現在常住名稱		現在依止師父	上 下 法師								
通訊地址	□□□			電 話							
				e-mail							
永久地址	□□□			電 話							
				e-mail							
現在常住地址	□□□			電 話							
				傳 真							
在台聯絡人	法(姓)名： 住 址：			關 係							
				電 話							
學歷	教育程度	學校名稱	院系科別	修業年月				畢業 (√)	結業 (√)	肄業 (√)	學位
				起	訖	年	月				
世 學	國 小			年	月	年	月				
	國 中			年	月	年	月				
	高中(職)			年	月	年	月				
	大學(專校)			年	月	年	月				
	研 究 所			年	月	年	月				
佛 學				年	月	年	月				
				年	月	年	月				

經 歷	服務單位	職稱	服務單位	職稱	
個 人 資 料	父：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿	兄弟姊妹 兄()人 弟()人 姊()人 妹()人 我排行第()	家 境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 清寒
	母：	<input type="checkbox"/> 存 <input type="checkbox"/> 歿		是否信佛	<input type="checkbox"/> 全家信 <input type="checkbox"/> 部份信 <input type="checkbox"/> 全家不信
	未歸依前 信奉	<input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 一般神教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚(子女____人) <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚		志願：將來從事	
	語言能力	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 其他：		<input type="checkbox"/> 義學研究 <input type="checkbox"/> 僧伽教育工作 <input type="checkbox"/> 通俗教化工作 <input type="checkbox"/> 寺院基層工作 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	專 長	(1)	(2)	(3)	
嗜 好	(1)	(2)	(3)		
健 康 情 形	身高()公分	體重()公斤	血型()型		
	身心狀態 (可複選)	你是否常會覺得有下列情形： <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 昏沈 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 腸胃不適 <input type="checkbox"/> 心悸或心跳加快 <input type="checkbox"/> 胸痛或胸悶 <input type="checkbox"/> 呼吸困難或窒息感 <input type="checkbox"/> 失眠或嗜睡 <input type="checkbox"/> 無法專心或心中一片空白 <input type="checkbox"/> 思考遲鈍或記性差 <input type="checkbox"/> 做事沒有耐性 <input type="checkbox"/> 活力低或容易疲累 <input type="checkbox"/> 倦怠無力 <input type="checkbox"/> 發抖 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 容易驚嚇 <input type="checkbox"/> 全身肌肉緊繃 <input type="checkbox"/> 肌肉(筋骨)酸痛 <input type="checkbox"/> 情緒低落 <input type="checkbox"/> 鬱悶 <input type="checkbox"/> 胃口不好或吃太多 <input type="checkbox"/> 喪失喜樂感 <input type="checkbox"/> 自責 <input type="checkbox"/> 對將來感覺沒有希望 <input type="checkbox"/> 體重減輕或增加 <input type="checkbox"/> 莫名的身體疼痛 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 吞嚥困難 <input type="checkbox"/> 突然的意識、認知等障礙			
	視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> 亂視 <input type="checkbox"/> 青光眼			
	肝肺功能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	自述身心狀況				照片黏貼處 (近照)
※請據實填寫，入學後如發現有偽造者，取消學籍。					