

109 年第二次專門職業及技術人員高等考試醫師考試分階段考試（第二階段考試）  
應考人變更地址、E-MAIL 或姓名申請表

應考人		出生年月日	
座號	(尚不知座號者免填)	國民身分證 統一編號	
考試類科	醫師(二)		
應考人簽章		聯絡電話	
申請日期	109 年                      月                      日		
配合事項 (請依需求勾選，可複選)	<input type="checkbox"/> 寄發考試通知書 E-MAIL 變更 (限於 109 年 5 月 28 日前申請) <input type="checkbox"/> 寄發考試及格通知 E-MAIL 變更 (限於 109 年 7 月 15 日前申請) <input type="checkbox"/> 寄發考試及格證書地址變更 (限於 109 年 8 月 7 日前申請)		
申                      請                      變                      更                      E-MAIL			
原 E-MAIL			
變更後 E-MAIL			
申                      請                      變                      更                      通                      訊                      地                      址			
原 地 址			
變更後地址			
申                      請                      變                      更                      姓                      名			
原 姓 名		變更後姓名	
變更後國民身分證正面黏貼處		變更後國民身分證背面黏貼處	
<b>注意事項：</b> 一、本表請於規定期限內以 e-mail、傳真或掛號函知考選部專技考試司第四科更正，申請變更姓名者，請另附更名後之國民身分證影本及戶籍謄本，以便處理，如有不符或逾期提出申請，致考試有關文件無法投遞或發生延誤情事，由應考人自行負責。 二、寄件地址：116203 臺北市文山區試院路 1 之 1 號(專技考試司第四科收，並請於信封上註明「變更地址、e-mail 或姓名」) 三、承辦單位公務信箱: moexpro4@mail.moex.gov.tw；聯絡電話：(02) 22369188 轉 3706、3708、3930；傳真：(02) 22361342、(02) 22364951			