



澳門鏡湖護理學院  
KIANG WU NURSING COLLEGE OF MACAU

護理學學士學位課程  
Bachelor of Science in Nursing

編號  
Application No.

入學申請表  
APPLICATION FOR ADMISSION

請貼上近照  
Affix a Recent  
Photograph

1. 申請人資料 PERSONAL DATA OF APPLICANT

中文姓名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_  
Name in Chinese \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

外文姓名 \_\_\_\_\_  
Name in English \_\_\_\_\_

住 址 \_\_\_\_\_  
Home Address \_\_\_\_\_

通訊地址 \_\_\_\_\_  
Postal Address \_\_\_\_\_

住宅電話 \_\_\_\_\_ 手機或 Call 機 \_\_\_\_\_  
Contact No. \_\_\_\_\_ Mobile or Pager No. \_\_\_\_\_

電郵地址 \_\_\_\_\_ 居澳時間 \_\_\_\_\_  
E-mail Address \_\_\_\_\_ Years in Macau \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 出生地點 \_\_\_\_\_  
Date of Birth \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Place of Birth \_\_\_\_\_

證件類別 \_\_\_\_\_ 身份證/護照號碼 \_\_\_\_\_  
Type of ID Card \_\_\_\_\_ ID Card / Passport No. \_\_\_\_\_

簽發地點 \_\_\_\_\_ 發證日期 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_  
Place of Issue \_\_\_\_\_ Date of Issue \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

國 籍 \_\_\_\_\_ 籍 貫 \_\_\_\_\_ 國 \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 縣(市) \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_ Native Place \_\_\_\_\_ Country \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_

畢業學校 \_\_\_\_\_ 中/英部 \_\_\_\_\_ 文/理科 \_\_\_\_\_  
Secondary School \_\_\_\_\_ Section \_\_\_\_\_ Major / Specialisation \_\_\_\_\_

(轉後頁 P.T.O.)

## 2. 學歷 ACADEMIC INFORMATION (請依日期先後填寫 List in Chronological order)

學歷資格 Degree/ Diploma Awarded/ Expected	就讀學校名稱 Name of School	地區 Location (city/country)	入學年份 From (year)	離校年份 To (year)
小學 Primary School				
初中 Junior High School				
高中 Senior High School				
其他 Others				

## 3. 工作經驗 WORK EXPERIENCE (請依日期先後填寫 List in Chronological order)

服務機構名稱 Name of Employer	職 位 Position	日期 Date (日/月/年) (day/month/year)	
		由 From	至 To

## 4. 專業學習 PROFESSIONAL LEARNING (請依日期先後填寫 List in Chronological order)

培訓課程 Training Programme	主辦機構 Name of Institution	獲得年份 Date Awarded

## 5. 家庭成員狀況(包括兄弟姊妹) STATUS OF APPLICANT'S FAMILY MEMBERS

與本人關係 Relationship with Applicant	姓名 Name	年齡 Age	職業 Occupation	任職機構 Name of Employer	存/歿 Living / Deceased	健康狀況 Health Status	聯絡電話 Contact No.
父							
母							

鏡湖醫院門診號：\_\_\_\_\_

填表人簽署：\_\_\_\_\_

Signature

日期：\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_年  
Date \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year

\*以下資料由本學院職員填寫 Staff Only

成績表	高一 <input type="checkbox"/>	畢業證書 <input type="checkbox"/>	報名費 <input type="checkbox"/>
	高二 <input type="checkbox"/>	相片 <input type="checkbox"/>	
	高三 <input type="checkbox"/>		
附註	_____		
身高	_____ (厘米/cm)	體重	_____ (公斤/kg)
		名經手人	_____