

文藻外語大學學生團體保險棄保切結書

本人_____ (科系班級_____ 學號_____)

於學期間，自_____學年度第____學期起至_____學年度第____學期止

，放棄學生團體保險，特此切結。 此致 文藻外語大學衛生保健組

立切結書人：

蓋章或手印：

聯絡電話：

身分證字號：

生日(民國)：

年 月 日

聯絡地址：

中 華 民 國 年 月 日

家長同意書

茲同意子女就讀貴校，如同上資料填寫，同意自願放棄學生團體保險。

此致 文藻外語大學衛生保健組

學生家長 (監護人)：

蓋章或手印：

身分證字號：

關係：

中 華 民 國 年 月 日