

## 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：

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：

中 華 民 國                      年                      月                      日

---

(已成年學生及未成年已婚學生不需簽署家長同意書)

## 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