

國際學生同意書
國際研究生申請用

請先仔細閱讀過後再簽名本表格：

在簽名時，我保證我已了解且接受下列條件，並願意遵守。我接受下面列出的入學條件：

- 我知道在每一學期的繳費期限前我必須**繳清全部**的學雜費。如果在期限前未能繳清，我知道我的課程會取消；並且因此而違反美國移民與公民服務局(USCIS)的入境規定。
- 我在明尼蘇達西南州立大學的就讀期間，有足夠的財源支付學雜費及生活費。我知道生活開銷很大，學校沒有補助，而且一般情況國際學生不允許在校外工作。校內會有一些打工機會，但是校方並不保證我能得到。一年級的新生的工作機會較少，相對的有些學生無法找到工作。這兩年間我的資助人會願意幫我支付一切開銷。
- 我了解並遵守美國的留學簽證(student VISA)法規。
- 我同意明尼蘇達西南州立大學，在美國政府要查知我是否遵守美國移民法的時候，可以透露我的相關資料。此外我知道，校方會將相關資料全部呈交給美國移民與公民服務局。(例如學生未註冊、未修讀完整的課程、或是未達學業最低標準。)
- 我同意入學時投保明尼蘇達大學院校健康保險計畫，並在之後續保。除非是各國政府資助的學生，經由該國大使館拿到同意書時，才可以免除。每年秋季學期初繳交保費，之後每年採用浮動費率。我同意校方將我的生日透露給保險公司。
- 我會依國際學生服務處(International Student Services' Office)寄來的簡介信(cover letter)及 I-20 表格中要求的時間，準時或提早到達。
- 我保證我在申請入學時所呈交的資料都是真實、正確而完整的。
- 我了解並遵守上列各項要求。我知道任何錯誤的資料的都會影響我順利拿到 I-20 表格，且/或使明尼蘇達西南州立大學撤銷我的入學許可。
- 如果我是美國其他學校的轉學生，我會在轉來本校時帶來一份更新過的 I-20 表格，交給國際學生服務處。

申請人姓名(正體書寫)： _____
(姓) (名字) (中間名)[如果有的話]

申請人簽名

日期

通訊地址

-----下列欄位勿填寫-----

此處是要證實我已閱覽過上述聲明及相關附件，然後發給資格證明書。

校方簽名_____ 職稱_____ 日期_____

過去病史報告

國際學生用

入學前請先完成填寫

| | | | | | |
|-----------------|------|--------------|------|------|------------------|
| (姓) | (名字) | (中間名)[如果有的話] | | | |
| 住址(路名, 門牌號碼) | 城鎮 | 州 | 郵遞區號 | 國家 | *生日(月/日/年, 二位數字) |
| 最近親屬的名字、關係、及地址。 | | | | 家裡電話 | |
| 最近親屬的工作地址 | | | | 公司電話 | |
| 性別: 男 [] 女 [] | | | | | |

*學生的社會安全碼

*許多大學院校利用社會安全碼作為學生身份認證與記錄。是否要提供您的社會安全碼、性別及生日, 由您自願決定; 如果您不提供安全碼, 資料仍可通過。安全碼的用途在於行政、計畫評估、消費、及校友資料的建立。此外也可產生本校學位的摘要記錄, 便於其他州的政府機構參考利用。

入學學期: 學期: 秋季 春季 夏季 學期 I 或 II 填表年份 20__

| 您或您的親戚是否有任何下列事項 | | | | | | | |
|-----------------|---|---|------|-----|---|---|------|
| 疾病 | 是 | 否 | 親屬關係 | 疾病 | 是 | 否 | 親屬關係 |
| 結核病 | | | | 糖尿病 | | | |
| 腎臟病 | | | | 心臟病 | | | |
| 關節炎 | | | | 胃病 | | | |
| 氣喘 | | | | 花粉症 | | | |
| 癲癇 | | | | 癌症 | | | |

個人病史: 請回答所有的問題 在本表的背面詳述所有答案為「是」的問題。

| 你是否曾有 | 是 | 否 | 你是否曾有 | 是 | 否 | 你是否曾有 | 是 | 否 | 你是否曾有 | 是 | 否 |
|--------------------|---|---|----------|---|---|------------|---|---|------------|---|---|
| 水痘 | | | 失眠 | | | 胸悶/胸痛 | | | 膽結石 | | |
| 瘧疾 | | | 長期焦慮 | | | 慢性咳嗽 | | | 重覆腹瀉 | | |
| 牙齒/齒齦問題 | | | 憂鬱症 | | | 心悸 | | | 疝氣, 脫腸 | | |
| 鼻竇炎 | | | 神經質/恐懼 | | | 高/低血壓 | | | 體重突然增加 | | |
| 眼病 | | | 重覆性頭痛 | | | 風濕熱 | | | 體重突然下降 | | |
| 耳鼻喉問題 | | | 重覆性感冒 | | | 心雜音 | | | 暈眩, 昏倒 | | |
| 手術: | | | 頭部傷害失去意識 | | | 關節疾病 | | | 虛弱, 癱瘓 | | |
| 盲腸切除 | | | 花粉症, 氣喘 | | | 關節外傷 | | | 癲癇 | | |
| 扁桃腺切除 | | | 結核病 | | | 關節脫臼(膝, 肩) | | | 性病 | | |
| 疝氣開刀 | | | 呼吸短淺 | | | 背傷 | | | 糖尿/尿蛋白 | | |
| 接種記錄: (最近一次) | | | 過敏反應: | | | 瘤或囊腫 | | | AIDS 或 HIV | | |
| 麻疹/腮腺炎/德國麻疹 年份: __ | | | 盤尼西林 | | | 癌症 | | | 月經史: | | |
| 破傷風/白喉 年份: __ | | | 磺胺類藥物 | | | 黃疸 | | | 正在初經年齡 | | |
| B 型肝炎接種 無 有 年份: __ | | | 血清 | | | 胃病 | | | 經期不規則 | | |
| 腦膜炎球菌疫苗 無 有 年份: __ | | | 食物(何種) | | | 腸病 | | | 嚴重經痛 | | |
| | | | 其他: | | | 泌尿疾病 | | | 經血過多 | | |
| | | | | | | 膽囊問題 | | | 其他: | | |
| | | | | | | 重覆感染 | | | | | |

身高 _____ 吋(_____ 公分) 體重 _____ 磅(_____ 公斤)

背面繼續

請回答下面問題(詳細描述)：

1. 過去五年內除了例行的檢查外，你是否曾找醫師、治療師、或到診所接受任何諮商或治療？

2. 你是否受過任何重大外傷或手術？ []是 []否

如果有，詳述種類及時間：

3. 過去五年內，你的體能活動有受到任何的限制嗎？[]是 []否

如果有，請詳述：

4. 你是否因神經系統問題、人格障礙、情緒問題、或藥物依賴而接受諮商或治療？

如果有，詳述種類及時間：

5. 你是否有長期服用藥物？[]是 []否

如果有，詳述種類及時間：

6. 你是否有肢體殘障，例如癱瘓、喪失視力、聽覺損失？

7. 寫出你所有投保的醫療險、疾病險、健康險。請寫下保單號碼(policy number)。西南明尼蘇達州立大學希望所有的學生都有醫療保險，不管是自行投保或學校加保。

其他描述或資訊：(如果空間不足，請以空白紙另行填寫，並標註姓名及社會安全碼)

國際學生醫療授權同意書

在意外或疾病發生時，我充份授權校方及學校代表，基於我的健康所必須，給我醫藥、牙醫或手術等治療照護，包括送去他們所選定的醫院、找醫師、注射、檢查、給藥、及手術。我同意支付全部校外醫療的費用，包括所有急診醫療、交通費用。我了解而且同意校方不需要對醫藥、牙醫或手術治療過程中可能產生的任何傷害，負任何責任或義務。

學生簽名：_____ 日期：_____

如果學生入學時未滿 18 歲，需有父母或監護人的簽名，才能進行醫療照護：

家長(父母)簽名：_____ 日期：_____

(完成本表格後與您的申請書一併交回)

交回的表格不能再拿去複印

如要留存記錄請自行影印。

姓_____名字_____中間名[如果有]_____

出生日期_____入學學期_____

明尼蘇達的法律(M.S.135A.14)規定，所有 1956 年以後出生的學生都須證明已接種白喉、破傷風、麻疹、腮腺炎及德國麻疹疫苗，除非例外免除。非例外的學生如果在第一次入學後 45 日內未呈交接種資料，將失去入學資格！本表格將由學校留存，以符合法律規定，並提供明尼蘇達衛生局或地區衛生機關檢查。

| 國際學生 | 月/日/年 | 月/日/年 | 月/日/年 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|
| 白喉/破傷風(Td 疫苗) (過去 10 年內至少接種 1 劑) | | | |
| 麻疹/腮腺炎/德國麻疹 (12 個月大以上) | | | |
| B 型肝炎(本疫苗非必須，但成人建議接種) | | | |

我保證以上資料屬實，填寫的接種日期都正確。

學生簽名_____

日期_____

如果你的狀況符合時，才能填寫下列資料

醫療例外免除

此學生(姓名如上面簽名)缺少上述一項(或以上)必要接種，因為他/她有(檢查所有適用狀況，填寫下面欄位)：

醫藥方面的問題，不適合接種_____疫苗

由於曾有_____病的病史，不適合接種

經檢驗過，會對_____產生免疫問題

醫師簽名_____

日期_____

信仰上的反對

本人謹此公開聲名，接種_____疫苗與我的道德信仰相違背。

學生(簽名)_____

日期_____

此學生在我面前簽名，並宣誓了信仰上的反對，於_____日_____月，20_____年

公證人簽名_____

無障礙(ADA)材料：上述資料可依需求取得其他型式，例如點字法、錄音帶、或是大字紙本。