

歌德商務德語檢定考試 Goethe-Test PRO 『報名表』

注意事項 (請於填寫前詳閱!)

1. 所有欄位請務必正楷書寫·若因無法辨識而造成資料錯誤·恕本中心不負責。
2. 報名方式 **僅限現場報名**: 請自行上網下載報名表·攜帶『填寫完畢之報名表』及『報名費用』至文藻外語大學德文系辦公室(明園一樓)完成報名手續。
3. 鑑於場地空間限制·每次考試報名上限為 30 人·額滿不收;若當次報名人數未滿 5 人·該次測驗即取消舉辦。
4. 本中心概不接受因私人因素而更改考期或退費之申請;除遇有重大疾病或事故·**最遲於考試前 2 天·檢具有效證明**提出退費申請·本中心經審並接受退費原因後·始得扣除行政處理費 300 元·退還其餘費用;非規範時間(至少考試 2 天前)提出申請者恕不受理。
5. 如遇天災不可抗拒因素·本中心有權取消並延期考試·報名費不得申請退費。

ANMELDUNG ZUR PRÜFUNG

報名場次 【僅能填寫一個場次】	西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
Institut 學校/機構	<input type="checkbox"/> Wenzao Klasse : _____ 請填寫班級【如: XG3A / 請勿寫屆數 XG54】 Nummer : _____	
	<input type="checkbox"/> Andere (外校人士或校友·請填寫機構名稱)	
報名表繳交前請再三檢閱· 有誤請自行承擔!	英文 Englisch 【同護照拼音】	中文 Chinesisch
Familienname 姓		
Vorname 名		
Geschlecht 性別	<input type="checkbox"/> männlich 男	<input type="checkbox"/> weiblich 女
Geburtsdatum 生日	西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
Email 電子郵件	(請務必書寫清楚·並註明是數字 1 或是英文 I、數字 0 或是英文 o)	
Mobiltelefon-Nr. 手機號碼	(請務必書寫清楚·如: :0912-345-678)	

簽名視同 **已詳閱並同意** 本中心網頁上現行之考試規則(Prüfungsordnung)及考試流程(Durchführungsbestimmung)。

Datum 報名日期 (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift 考生簽名

「德語檢定測驗」個人資料保護同意書

德國歌德學院德語檢定測驗中心(文藻外語大學)(以下簡稱本中心)為舉辦「德語檢定測驗」，必須取得您的個人資料。在個人資料保護法及相關法令之規定下，本中心將依法蒐集、處理及利用您的個人資料。當您簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容。若您未滿20歲，應於您的法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

1. 依據「個人資料保護法」第8條，請您詳讀下列本中心應行告知事項：

- (1) 機關名稱：德國歌德學院德語檢定測驗中心（文藻外語大學）。
- (2) 蒐集目的：德語檢定測驗。
- (3) 個人資料類別：含姓名、出生日期、地址、電話、電子郵件及其他得以直接或間接識別您個人之資料。(詳報名表)
- (4) 個人資料利用期間：自報名日起至蒐集目的消失為止。
- (5) 個人資料利用地區：中華民國、德國。
- (6) 個人資料利用對象：本中心內部、與本中心合作之官方及非官方單位。前述合作關係包含現存或未來發生之合作。
- (7) 個人資料利用方式：網際網路、電子郵件、書面及傳真。

2. 您可依個人資料保護法第3條規定，就您的個人資料：(1)查詢或請求閱覽、(2)請求製給複製本、(3)請求補充或更正、(4)請求停止蒐集、處理或利用、(5)請求刪除。如欲行使以上權利，請洽本中心專線：(07)-3426031#5703或來信至：prz.wenzao@gmail.com。
3. 您可自由選擇是否提供本中心您的個人資料，惟您不同意提供個人資料時，本中心將無法提供「德語檢定測驗」報名、測驗及後續等相關服務。
4. 本中心應盡個人資料保護法保障個人資料安全之責任，非屬本同意書個人資料利用情形，應先徵得本人同意方得為之。

■ 我已閱讀上述說明，並同意上述內容。

立同意書本人：	法定代理人： (未滿 20 歲請法定代理人簽名)
---------	-----------------------------

日期：中華民國 年 月 日

如有任何問題歡迎與本中心聯繫，電話：(07)342-6031#5702 或#5703。Email: prz.wenzao@gmail.com

歌德商務德語檢定考試Goethe-Test PRO

Covid-19防疫調查表(含健康旅遊史)

鑒於新型冠狀病毒感染引發之肺炎疫情擴大，已明顯社區傳播及疫情蔓延情形，校方為維護校園之健康與安全，針對校園活動一切從嚴審查。由於本考試中心場地為校園，相關試務皆涉及師生安危，我們需更加嚴格審視活動進行及評估所有風險。

報考者請務必如實填寫本調查表；若有不實填寫，經查屬實，本考試中心有權取消應試者的考試資格，已繳交考試費用亦不予退還。

此外，若考試當日應試者有以下症狀（發燒、咳嗽、喉嚨痛、任何吸呼吸道症狀、流鼻水、肌肉或關節酸痛等），本中心將當場取消應試者的考試資格，並酌收行政處理費300元後，退還其餘費用，值此非常時期，請共體時艱，也請考生注意自身健康，造成不便敬請見諒。

最近一個月是否出現右述症狀	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 發燒(≥38°C) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 關節酸痛 <input type="checkbox"/> 其他症狀_____
最近一個月是否有出國旅遊/接觸史(含轉機)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 請填寫旅遊/接觸史(含轉機)地點：_____
是否有慢性肺病或重大疾病	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，有慢性肺病 <input type="checkbox"/> 是，重大疾病，請簡述：_____
與您同住的家人或親友目前時正在進行居家隔離14天	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，隔離結束日期：_____年_____月_____日
您或您同住家屬、親友是否曾與感染嚴重特殊傳染性肺炎(武漢肺炎)病患有接觸？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，與您的關係是_____，您與病患接觸日期為_____

備註：依照衛生福利部疾病管制署於2020年1月26日最新公布的「自感染區入境者居家檢疫通知書」中載明，若於14天內曾有感染區旅遊史，需進行居家檢疫，並遵守以下規定：留在家中(或住宿地點)不外出，亦不得出境或出國。若違反居家檢疫規定逕自外出者，將依《傳染病防治法》第58條及69條處新臺幣1萬至15萬元罰鍰。

我已詳閱並如實填寫上述「Covid-19 防疫調查表」。

填表本人簽名：_____日期：中華民國_____年_____月_____日