**衛生福利部原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生**

**校外租屋證明切結書**

 本人係為馬偕醫學院\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_學系之學生，為衛生福利部原住民及離島地區醫事人員養成計畫公費生，因故未於學校住宿，現住於 (租賃地址) ，因 因素實難提供由本人姓名簽約之租賃契約影本，本次擬申請\_\_\_\_\_學年度\_\_\_\_\_學期之外宿經費\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元(本學期金額上限18,000元)，並檢具相關繳款證明，嗣後如有他人提出具體事證檢舉本人具結不實且經查證屬實，本人願繳還溢領之公費。

此致

馬偕學校財團法人馬偕醫學院、衛生福利部

 具 結 人： (簽名或蓋章)

 身份證號：

 通訊地址：

 通訊電話：

中華民國105年5月 日

(列印第一頁即可)

另有關切結書中所述「相關繳款證明」，請將每個月繳交房租的匯款明細存簿影本附上(若有重要個資請記得遮住)；若以現金繳交，也請附上現金繳款證明。