馬偕醫學院校際選課申請單

學年度第 學期 年 月 日

**本校學生擬至 貴校修課，敬請 惠予同意。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生基本資料 | | | | |
| 校 名 | **馬偕醫學院** | 系 所 | □學士班□二年制專班  □碩班□碩專班□博班 |
| 學 號 |  | 年 級 |  |
| 姓 名 |  | 聯絡電話 |  |
| 校際選課  原 因 | □重補修 年級 學期，必修科目　 　 ( 學分)  □其他： | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 擬申請修讀 （校名） | | | | | | | |
| 序號 | 開課系所 | 課程代號 | 學分 | 必/選 | 課程名稱 | 星期 | 節次 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本校權責單位核定 | | | |
| 授課教師簽章 |  | 教務處課務組 |  |
| 系所主管 |  |
| □計入□不計入畢業學分 | 課務組組長 |  |
| 全人教育中心 |  |
| 計入通識學分 領域 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開課學校核定 | | | |
| 授課教師 |  | 課務組 |  |
| 開課系所 |  | 出納組 |  |

**＊＊開課學校核定及繳費後，請將本表送回本校課務組登錄，始完成申請＊＊**

注意事項：

1. 經申請校際選修核准之科目不得辦理退選。
2. 如欲修讀外校【通識課程】，須先經本校全人教育中心認可。
3. 學生校際選課以不超過該學期修習學分數之1/3為原則。
4. 本校學生申請校際選課，均以本申請單辦理，並應依相關規定辦理，不再行文各校。
5. 各校學生以校際選課方式申請修讀本校課程，亦請填寫本申請單辦理。