

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校

校際選課申請表

(本校學生至他校選課)

一、基本資料：

學生姓名		申請日期	年 月 日
就讀科別	科	學 制	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 日二專 <input type="checkbox"/> 在職專班 <input type="checkbox"/> 夜二專
學 號		聯絡電話	(住家)： (手機)：
學 年 度 期	學 年 <input type="checkbox"/> 第一學期 <input type="checkbox"/> 第二學期	申請原因	<input type="checkbox"/> 抵免。欲抵科目：_____。 <input type="checkbox"/> 其他：_____。
欲選學校 (請標示全名)			
欲選科目		學分(時數)	

二、審核程序：

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校核定				
科主任	授課教師	課務組	註冊組	教務主任

_____ 學校核定					
科主任	課務組	註冊組	教務主任	會計室	出納組

※為簡化公文往返，本申請表可替代公文，敬請惠予受理，以期完成校際選課作業。