

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校  
新舊課程交替重補修科目申請表

學制	<input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 在職專班			申請日期		
科別	科			班級	年	班
學號			姓名			電話
<b>原修習科目</b> (必選修課已不會再開設或更名)			<b>重補修替代科目</b> (擬替代舊課程的科目)			<b>審查結果</b>
科目名稱	學分數	時數	科目名稱	學分數	時數	(通識課程通識教育主任簽章) (專業課程科主任簽章)
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
						<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
課務組長		註冊組長		(科)主任		教務主任