馬偕醫學院教師□調課 / □補課申請表

 學年度第　學期 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開課單位/學制 | 年級 | 課號/課程名稱 | 原授課時間、地點、授課教師 | 擬調/補課時間、地點、授課教師 | 調/補課原因 |
| 日期 | 星期 | 節次 | 教室 | 授課教師 | 日期 | 星期 | 節次 | 教室 | 授課教師 | □ 同課程更換教室□ 同課程更換時間□ 更換教學方式：面授/同步/非同步□ 不同課程對調上課(時數須對等)□ 同課程更換教師□公假□事假□病假※勾選請公、事假者請檢附證明文件* 其他原因：

      |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請教師簽名 | 調課/代課教師簽名(本人補課者免簽) | 開課單位主管 | 教務處課務組 | 教務處課務組組長 | 教務長 |
|  |  |  |  |  |  |
| 作業規定 | 1.教師因故需申請調課/補課者，請於**一週前**填寫「教師調課補課申請表」，經開課單位主管同意，送課務組核查上課教室與時間確無衝堂後，於上課三日（含）前（扣除假日後）由開課單位通知學生。2.教師如因故無法事先填寫申請表，請先以電話通知課務組（分機：1126），再於事後補填申請表。 |