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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |