

馬偕醫學院隨班附讀申請表

110 學年度 第 1 學期		申請日期	民國 年 月 日			
姓名		學號	(由本校編號)			
身分證字號		出生日期	民國 年 月 日			
最高學歷 (學校及科系)		e-mail (必填)				
是否曾經修過相關專業課程或因工作需求進修(請簡述)：						
聯絡電話：1.手機：		2.其它(住家或公司):				
連絡住址：□□□□□						
是否曾在本校隨班附讀： <input type="checkbox"/> 是 (_____ 學年度 _____ 學期，學號： _____)						
<input type="checkbox"/> 否，請檢附最高學歷畢業證書影本及身分證正面影本						
科目中文名稱		課程代碼	開課班別	學分	上課時間	教師姓名
1					星期 第 節	
2					星期 第 節	
注意事項：						
一、請先詳閱本校隨班附讀相關法規(作業要點)						
二、報名表各欄請以正楷填寫清楚(學號免填)，申請修讀不同開課單位課程者，應分別填寫。						
三、所選課程上課時間不得衝突，上課時間相互衝突之科目，其學分成績概不採認。						
報名程序：						
一、繳交各項報名資料:						
(一) 申請表						
(二) 最高學歷畢業證書、成績單影本(依各科目規定繳交，繳費時須繳驗正本)						
(三) 身份證明文件正本(申請時繳驗，驗畢奉還)						
二、請於 110年9月28日(二) 前至本校教務處課務組提出申辦。						
三、審查通過之學員，請於規定期間內完成繳費，並經教務處查核始完成程序。						
(一)教師(簽名並簽註意見)		(二)系所主管簽章		(三)教務處課務組審核		
1	<input type="checkbox"/> 同 意 <input type="checkbox"/> 不同意	<input type="checkbox"/> 同 意 <input type="checkbox"/> 不同意		A.報名費:300×_____科=_____元		
2	<input type="checkbox"/> 同 意 <input type="checkbox"/> 不同意			B.學費：學士班 3000×_____學分=_____元 碩士班 4000×_____學分=_____元		
				C.合計應繳：_____元		
				承辦人簽章：		
(四)出納組(繳交報名費及學費)				(五)教務長核定		
計收：新台幣 元		承辦人簽章：				