

## 馬偕醫學院學生抵免/免修學分申請表

入學 年度	系 所	學 制	<input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 二年制 <input type="checkbox"/> 在職專班	學號	姓名	申請日期	____年____月____日		
序 號	原學校已修畢課程			抵免本校課程			授課單位審核		
	課程名稱	學分	成績	開課 學期	課號及課程名稱(均需填寫)	學分	授課老師審核意見	單位主管審核意見	課務組
1					課號：_____		<input type="checkbox"/> 同意抵免____學分 <input type="checkbox"/> 同意免修____學分 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	複核 _____學分
2					課號：_____		<input type="checkbox"/> 同意抵免____學分 <input type="checkbox"/> 同意免修____學分 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	複核 _____學分
3					課號：_____		<input type="checkbox"/> 同意抵免____學分 <input type="checkbox"/> 同意免修____學分 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	複核 _____學分
4					課號：_____		<input type="checkbox"/> 同意抵免____學分 <input type="checkbox"/> 同意免修____學分 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	複核 _____學分
5					課號：_____		<input type="checkbox"/> 同意抵免____學分 <input type="checkbox"/> 同意免修____學分 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 簽章	複核 _____學分
系所初審准予抵免：本頁共____科，____學分				教務處複審准予抵免：本頁共____科，____學分；總計____科，____學分					
系所承辦人		系所單位主管		課務組承辦人			課務組組長		教務長

※抵免學分申請，僅得於入學第一學期本校規定期限前一次辦理完成，申請作業相關規定請參閱「馬偕醫學院學生抵免學分辦法」。

※申請時需檢附原就讀學校歷年成績單(正本)或學分證明(正本)，經任課老師及學系初審後，再送課務組複核。

※本申請表經核定後，正本由課務組存查，影印本送學系及學生存查。抵免結果請檢查每學期成績單或登入Portal查詢「歷年修課成績」(路徑：portal→個人資料→學業成績)