

馬偕醫學院學生申請轉系(組)家長同意書

(限未成年或受監護宣告者使用)

學生 _____ 學號 _____

原就讀 _____ 學系 _____ 組 _____ 年級

茲因 _____

擬申請自 _____ 學年度第 _____ 學期起轉入

_____ 學系 _____ 組 _____ 年級；

若未獲通過，則回原系組繼續就讀，

敬請惠予辦理。

此致

馬偕醫學院

家長/監護人簽章：

與學生關係：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日