**馬偕醫學院　　　年度第　　期重補修班申請開班學生名冊**

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 學生姓名(簽章) | 系級 | 學號 | 聯絡電話(手機) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |

**備註：依據馬偕醫學院重補修班開班授課辦法，申請開班學生需有三人以上，且願意補足九人之學分費始得提出申請。**