

## 馬偕醫學大學聽力暨語言治療學系研究生跨修課程申請表

- 說明：1. 本表為本碩士班學生欲申請跨組/跨所/跨校修讀，列入畢業學分使用。  
 2. 辦理期間：當學期全校辦理加退選期間；逾期不予受理，請多加留意。  
 3. 本表正本由系辦公室存查，指導教授及研究生各乙份影本存查。

學生姓名		學號		申請年度	學年度第	學期
年級	碩士班	年級	組別	<input type="checkbox"/> 聽力組	<input type="checkbox"/> 語言治療組	

### 申請跨修課程及審議結果 (粗框內碩生辦理完成後繳交給系辦窗口)

開課單位/ 年級	科目名稱	學分	授課教師簽章	學系各層級意見		
				指導教授	本組學科主任	系課程委員會
			(請標記簽核日期)	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____
			(請標記簽核日期)	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____
			(請標記簽核日期)	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____	<input type="checkbox"/> 計入畢業學分 <input type="radio"/> 核心領域_____

經 年 月 日 學年度第 次系課程委員會決議同意認列 門，不同意 門。

承辦人		系主任		研究生	
-----	--	-----	--	-----	--

