



# 中山醫學大學114學年度第2學期 跨校輔系/雙主修申請表

申請日期： 年 月 日

姓名	(本欄由學生親簽)		學號	(原就讀學校)
原就讀校/系	大學	學系	組別	年級
聯絡方式	電話： Email：			
身分別	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 僑生 <input type="checkbox"/> 港澳生 <input type="checkbox"/> 外籍生 <input type="checkbox"/> 其他： <small>本學年無陸生招生名額(陸生申請雙主修/輔系之學系，以教育部當學年度核定本校招收陸生之學系為限。)</small>			
申請別	<input type="checkbox"/> 輔系 <input type="checkbox"/> 雙主修		中山醫學大學_____學系_____組別	
學期成績 <small>2學期平均學業成績皆須符合標準</small>	申請當學期前2學期平均學業成績皆須達該系學生人數前40%以內或80分以上。申請學系有更嚴格規定者，從其規定。 ● 113學年度第2學期： <input type="checkbox"/> 學期平均成績 _____ 或 <input type="checkbox"/> 系排名：全系人數_____ 名次_____ 佔全班 _____% ● 114學年度第1學期： <input type="checkbox"/> 學期平均成績 _____ 或 <input type="checkbox"/> 系排名：全系人數_____ 名次_____ 佔全班 _____%			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 歷年成績單正本 <input type="checkbox"/> 其他： 1. 檢附文件除規定歷年成績單外，如各學系另有規定審查文件，請一併繳交。 2. 已繳交之審查文件不退還。			
備註				

原就讀學校	系主任簽章	學院院長簽章	教務處查核簽章	教務長核定
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因(必填)：  導師簽章：  系主任簽章：		是否符合校訂申請資格 <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合，原因(必填)：  承辦人簽章：  主任簽章：	

申請修讀學校	審核意見		
	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意，原因(必填)：		
	學系承辦人	學系主任	院長
	教務處		
	註冊課務組承辦人	註冊課務組主任	教務長

- 備註：1、依大學法第28條、大學法施行細則第25條及本校跨校雙主修、輔系修讀辦法辦理。  
 2、修讀跨校輔系/雙主修之申請須於申請修讀學校規定期限內辦理，逾期不予受理。  
 3、請檢附申請表、歷年成績單正本及其他申請學系規定資料各1份向原就讀學校教務處提出申請，經同意後統一彙整送本校教務處審核。  
 4、核准修讀名單將公告於本校教務處網頁，請自行上網查詢。