

教務處收件日期 年 月 日

馬偕醫學大學學生轉系(組)申請表

姓名			學號			申 日 請 期	年 月 日
出生 日期	年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女				
原學 系(組)	學系_____組_____年級						
申請 轉入 學系 (組)	擬申請自_____學年第_____學期起轉入 學系_____組_____年級 ☐ 平轉 ☐ 降轉						
附 繳 證 件	1. 中文歷年成績單乙份(學生不須申請，逕由註冊組檢附) 2. 未成年或受監護宣告者須附家長同意書 3. 回郵信封(請書寫申請人姓名及7、8月聯絡地址)請貼36元掛號郵票 4. 學系要求繳附之其他文件						
通聯 訊絡 地電 址話	通訊處： ☐ ☐ ☐ 電 話：_____ 手機：_____ E_mail：_____ (請填寫七、八月間可聯絡之地址、電話等)						
申請人簽名 (請確認已詳閱轉 系相關規定)	※轉系組攸關修業及生涯規劃，請務必審慎評估(建議先 諮詢家人及師長意見)。				教務處 註冊組 (收件)		
※以下由註冊組處理，申請學生請勿填寫※							
原 學系 (組) 審 核	請勾選： ☐ 同意轉出 ☐ 不同意轉出(原因：請說明_____) ※學生申請轉系(組)若未獲擬轉入學系同意，則回原學系(組)繼續就讀。 系主任簽章：_____ (簽章後請將此申請表送回註冊組)						
轉入 學系 (組) 審 核 說 明	(1)請依校「轉系辦法」及學系「轉系(組)規定」辦理。 (2)學生轉系申請案須經學系「轉系(組)規定」明訂或自訂之委員會或會議，審核是否受理，決議受理後再依學系「轉系(組)規定」所訂內容及方式進行甄試。若核定不予受理，請檢審核結果相關資料(如：會議紀錄等)影本(正本請自存)，送教務處註冊組簽陳教務長核定後函復學生及相關單位審核不受理結果。						
轉入 學系 (組) 審 核 受 理 與 否	※受理與否(請勾選)： ☐ 經審核符合相關資格條件規定，同意參加甄試。 ◎請先將本『學生轉系(組)申請表』擲回註冊組，並於甄試後另填甄試結果簽核表 ☐ 經審核不予受理轉系(組)申請(免填甄試結果簽核表)，原因如下： _____ ◎審核不予受理請務必檢附(1)審核相關資料(如：法規條文依據或會議紀錄等)影本(2)本『學生轉系(組)申請表』擲回註冊組 系主任簽章：_____						

註：轉系(組)相關規定請參閱教務處網頁『教務法規』及各學系網頁資訊。