

# 馬偕醫學大學碩博士生轉所申請表

教務處註冊組收日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

|               |  |  |   |
|---------------|--|--|---|
| 姓名            |  | 學號   |   |
| 學制別           | <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班<br><input type="checkbox"/> 博士班 | 身分別  | <input type="checkbox"/> 一般生<br><input type="checkbox"/> 其他_____ (參閱附註二)                        |
| 原屬系所級         | _____系所<br>_____年級   | 擬轉入系(所)級   | _____系所<br>_____年級  |
| 申請轉系所原因       |  | 應備文件   | <input type="checkbox"/> 歷年成績單(必繳)<br><input type="checkbox"/> 各所要求之備審資料(自填):<br>_____<br>_____ |
| 聯絡資訊          | 地址：郵遞區號□□□□□□<br>_____<br>_____  |  | 申請人 _____ (簽章)<br>申請日期 _____年____月____日   |
| 原屬系所<br>審查意見  | 系所承辦人  | _____ (簽章)   |   |
|               | 指導教授   | _____ (簽章)   |   |
|               | 系所主管   | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意    _____ (簽章)   |   |
| 擬轉入系所<br>審查意見 | 審核結果   | <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過    ※請檢附相關甄審評定資料 |   |
|               | 系所承辦人  | _____ (簽章)   |   |
|               | 系所主管   | <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意    _____ (簽章)   |   |
| 教務處註冊組承辦人     | 註冊組組長  | 教務長  |   |

**附註：**

- 一、 研究生申請轉所，應至少修業一學期以上，並符合各所自訂申請資格條件，於本校行事曆公告期限內，填具轉所申請表，並檢附歷年成績單及各所要求之相關備審資料，經原就讀主管同意後，向教務處註冊組提出申請。
- 二、 身份別除一般生外，依入學身份分為在職生、僑生、港澳生、外國學生等，請確實填寫。