

# 高雄醫學大學加退選申請書

申請日期： 年 月 日

姓名		學號	
系級		聯絡電話	
加退選前學分		加退選後學分	

課程名稱			
加退選	<input type="checkbox"/> 加 <input type="checkbox"/> 退	<input type="checkbox"/> 加 <input type="checkbox"/> 退	<input type="checkbox"/> 加 <input type="checkbox"/> 退
開課序號			
加退選原因			
主負責教師簽註	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意；原因_____	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意；原因_____	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意；原因_____
主負責教師簽章			

審核欄（學生勿填）

系/所主任	註冊課務組/研教組		教務長
	承辦人	組長	

備註：通識科目因有人數限制，不得加簽。