

_____學年度 高雄醫學大學 研究生 轉所申請表
Kaohsiung Medical University
APPLICATION FOR POSTGRADUATES' CHANGE OF INSTITUTE

申請日期 Date (yyyy/mm/dd) : ____/____/____

姓名 Name			學號 Student ID No		
學制別 Level	<input type="checkbox"/> 碩士班 Master's degree	<input type="checkbox"/> 博士班 Ph.D program	身分別 Types of student status	<input type="checkbox"/> 一般生 Standard <input type="checkbox"/> 其他 Other : (請參閱附註 Please see attachment)	
原屬系(所)級 Original Institute	_____學系(所) _____年級 Grade		擬轉系(所)級 Intended Institute	_____學系(所) _____年級 Grade	
申請轉系(所) 原因 Reasons for transfer					
聯絡方式 Contact method	手機 Mobile : 電話 Telephone no: E-mail:		申請人 Applicant	(簽章)(Signature)	
原屬院系(所) 審查意見 Comments from the Original Institute	指導教授簽章： Advising Professor		<input type="checkbox"/> 同意 Approve <input type="checkbox"/> 不同意 Disapprove		
	系所承辦人簽章： Contractor				
	系所主管簽章： Department Supervisor		<input type="checkbox"/> 同意 Approve <input type="checkbox"/> 不同意 Disapprove		
	院長簽章： Head of the College		<input type="checkbox"/> 同意 Approve <input type="checkbox"/> 不同意 Disapprove		
擬轉入系(所) 審查意見 Comments from the Intended Institute	系所承辦人簽章： Contractor				
	系所主管簽章： Department Supervisor		<input type="checkbox"/> 同意 Approve <input type="checkbox"/> 不同意 Disapprove		
	院長簽章： Head of the College		<input type="checkbox"/> 同意 Approve <input type="checkbox"/> 不同意 Disapprove		
教務處承辦人 Contractor	註冊課務組組長 Chief of Division of Registration and Curriculum	教務長 Dean	校長 Principal		

個人資料蒐集告知內容

高雄醫學大學為協助學生辦理轉系所申請相關作業之目的，須蒐集您的姓名、學號、電話及系級等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者)，作為轉系所期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存至畢業。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您的轉系所申請作業有所影響。如欲行使其他個人資料保護法第3條的當事人權利，請洽本校教務處註冊課務組。本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

附註：一、研究生申請轉系所，應於第二學年開始前申請(休學不計入年限)，須填具申請單，受各種入學方式之規定有轉系所限制者，依其規定辦理。

二、身份別除一般生外，依入學身份分為在職生、僑生、外國學生等，請確實填寫身分別，俾便審查。