

高雄醫學大學 學年度 第 學期 教師調課申請表

年 月 日

科 目	事 由		
開課序號： 科目名稱：			
系 級			
授 課 教 師			
原授課時間、地點			
月 日 時 講堂			
擬更改時間、地點			
月 日 時 講堂			

申請教師：

學系/中心主任：

註冊課務組承辦人：

註冊課務組組長：

個 資 蒐 集 告 知 內 容

高雄醫學大學為協助教師調課申請相關作業之目的，須蒐集您的姓名、學系、學號、教師職號、電話及其他證明文件等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者)，作為教師調課申請審核期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存 6 個月(需依實際狀況調整)。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫，則可能對您的教師調課申請作業有所影響。如欲行使其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。
本人以詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

簽名：_____