

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			

備註：通識科目因有人數限制，不得加簽。

審核欄（學生勿填）

原就讀系/所主任	註冊課務組		教務長
	承辦人	組長	

個人資料蒐集告知內容

高雄醫學大學為協助學生辦理加退選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)，作為加退選審核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，則可能對您的加退選申請作業有所影響。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。

本人以詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

簽名：_____