

高雄醫學大學學生雙重學籍申請書

申請學期：_____學年度_____學期

申請日期：_____

本校就讀系所名稱		<input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 二年制在職專班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班	年級		
姓名		學號			
聯絡電話		E-mail			
他校就讀系所名稱	學校名稱： _____ 就讀系所： _____	<input type="checkbox"/> 學士班 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班 <input type="checkbox"/> 二年制在職專班 <input type="checkbox"/> 碩士在職專班	年級		
申請理由	申請人簽章：_____				
學籍承辦人	導師/ 指導教授	系所主任	學院院長	註冊課務組/ 研教組組長	教務長決行
注意事項	1. 申請雙重學籍學生，請於每學期註冊前提出，並檢附當學期雙方學校註冊入學之選課清單暨上課時間表，並經學校核章證明，以作為審核之參考。				
個資蒐集告知內容	高雄醫學大學為協助學生申請雙重學籍作業之目的，須蒐集您的姓名、學號、電話、E-mail 及選課清單等個人資料(辨識類：C001 辨識個人者、C057 學生(員)應考人紀錄)，作為證明書申請期間及台灣地區內進行聯繫，個人資料將保存至畢業為止(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，則可能對您的雙重學籍申請作業有所影響。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：_____					

