

高雄醫學大學 學年度第 學期 停修課程申請表

系所名稱：_____ 年級：_____

學生姓名：_____ 學 號：_____ 連絡電話：_____

本學期原修習總學分數：_____

| | | |
|-------------------------|--|---|
| 申請原因 (需詳述) | <input type="checkbox"/> 擔心不及格學分數超過1/2 <input type="checkbox"/> 個人欠缺妥善的時間管理 <input type="checkbox"/> 加退選期間忘記退選 <input type="checkbox"/> 部分上課時間與個人規劃衝突 <input type="checkbox"/> 課程內容不如個人預期 <input type="checkbox"/> 課程內容艱深無法理解 | <input type="checkbox"/> 總修課學分數過多，整體課業負擔太大 <input type="checkbox"/> 預期該科會被當掉 <input type="checkbox"/> 成績未達預期標準 <input type="checkbox"/> 教師教學方式難以適應 <input type="checkbox"/> 該科課程負荷過重 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| 務必補充說明上列勾選之詳細情形： | | |

| 開課序號 | 科目名稱 | 學分數 | 選必修別 | 任課教師簽核 (簽註日期) |
|------|------|-----|------|------------------|
| | | | | |
| | | | | |

停修後剩餘學分數：_____

(停修課程一學期以 **2 門為限**，停修後之學分數不得低於本校學生選課辦法之規定)

申請人簽名：_____ 申請日期： 年 月 日

| | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------|--|
| 導師簽核 (簽註日期) | | 系所主管簽核 (簽註日期) | |
| 教務處系所承辦人 簽核(簽註日期) | 該生停修後，確實剩餘_____學分 | 註冊課務組組長 簽核(簽註日期) | |
| 教 務 長 簽核(簽註日期) | | | |

備註：

- 1.本申請表之使用須符合「高雄醫學大學學生選課辦法」，並由本人親自辦理。
- 2.停修課程一學期以 2 門為限，當學期所修學分總數仍應符合本校最低修習學分之規定，停修課程學分數不列計於學期及歷年修習學分總數計算，停修之科目一律不予退費。
- 3.請於第 12 週開始申請並於第 13 週結束前繳交至教務處，逾期不予受理。

高雄醫學大學為協助學生辦理停修課程相關作業之目的，須蒐集您的姓名及修課等資料(辨識類：C001 辨識個人者、C051 學校記錄)，作為停修申請作業審核，個人資料將保存至申請人離校(需依實際狀況調整)。本校於蒐集您的個人資料時，如有欄位未填寫及資料未備妥，則可能對您的停修課程申請作業有所影響。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並完全明瞭其內容。

簽名：_____