

Kaohsiung Medical University Inter-University Course Study

_____ Semester, Academic Year _____

■ Student Information

Name		Student ID#	
Department of _____, ____ year		Apply Date(dd/mm/yyyy)	
Contact Information	Phone Number: _____		
	E-mail Address: _____		

■ Course Information

I hereby applying for taking courses at _____ University(Collage),
Department of _____

Course name in English	Course code#	Course category	Credit Hours	Course Schedule
		<input type="checkbox"/> Required Course <input type="checkbox"/> Elective Course <input type="checkbox"/> General Education Course		Day: Time:
		<input type="checkbox"/> Required Course <input type="checkbox"/> Elective Course <input type="checkbox"/> General Education Course		Day: Time:
Reason for taking courses at other institutes	<input type="checkbox"/> Do not have the same or similar courses in School <input type="checkbox"/> Required course for graduation, do not have the same courses in school <input type="checkbox"/> Other specific reasons, which will be _____			
Attached Documents (Required)	<input type="checkbox"/> syllabus of Course you want to take <input type="checkbox"/> Course list for this semester			

■ For Authorized Officials Only, Student do not write below

系主任/所長審核	註冊課務組	研教組	教務長
<input type="checkbox"/> 同意修課且承認學分 <input type="checkbox"/> 同意修課但不承認學分 <input type="checkbox"/> 不同意修課 系/所承辦人： _____ 系/所主管： _____	本學期至外校修習學分數： _____；核准後本學期總學分數： _____ 承辦人： _____ 組長： _____	本學期至外校修習學分數： _____；核准後本學期總學分數： _____ 承辦人： _____ 組長： _____	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意

■ 開課學校核定

任課教師	開課系所主管	課務組/註冊組	教務長	出納組(收費章)

Please note:

1. KMU students apply for taking courses at other institutions must meet all the course selection regulations and deadlines between KMU and the other institution.
2. Students can only take maximum 2 courses per semester and the credit hours cannot over one third of the total credits you take in this semester. Students should provide all the course information and Syllabus for reference when applying.
3. To apply for taking courses outside KMU, Students Should fill out **TWO** copies of the application form, one for the institution you are going to, one for Office of Academic Affairs, KMU. **When the Institution you are going approved your application, Students must submit one of the two application forms to Office of Academic Affairs, KMU, or it will result in revocation of application.**

高雄醫學大學 學年度第 學期校際選課申請表-本校生(一式二份)

主旨：本校學生擬至 貴校選讀課程，敬請同意。

說明：1. 本申請表可替代公文，敬請 惠予受理。

2. 學期結束後一週內，敬請將成績寄本校教務處註冊課務組/研教組。

一、申請學生資料

申請日期： 年 月 日

系所級	系所 年級	姓名	學號
聯絡電話	E-mail		

二、選課資料

開課學校：

開課系所：

科目名稱(請填完整名稱)	開課代碼	他校學制別	課程別	學分數	上課時間
中文：_____		<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 碩博士班 <input type="checkbox"/> 學程 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 必修 <input type="checkbox"/> 選修 <input type="checkbox"/> 通識		星期_____ : ~ :
英文：_____					
<input type="checkbox"/> 學期課 <input type="checkbox"/> 學年課(上) <input type="checkbox"/> 學年課(下)					
中文：_____		<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 碩博士班 <input type="checkbox"/> 學程 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 必修 <input type="checkbox"/> 選修 <input type="checkbox"/> 通識		星期_____ : ~ :
英文：_____					
<input type="checkbox"/> 學期課 <input type="checkbox"/> 學年課(上) <input type="checkbox"/> 學年課(下)					
申請原因	<input type="checkbox"/> 本校各系/所均未開設上列課程 <input type="checkbox"/> 應重補修，該課程本學期在本校未開設 <input type="checkbox"/> 其他原因請說明(可另紙書寫)：		檢附資料	<input type="checkbox"/> 開課學校課程資料 <input type="checkbox"/> 本校選課清單	

三、高雄醫學大學核定

系主任/所長審核	註冊課務組	研教組	教務長
<input type="checkbox"/> 同意修課且承認學分 <input type="checkbox"/> 同意修課但不承認學分 <input type="checkbox"/> 不同意修課 系/所承辦人： 系/所主管：	本學期至外校修習學分數：____；核准後本學期總學分數：____ 承辦人： 組長：	本學期至外校修習學分數：____；核准後本學期總學分數：____ 承辦人： 組長：	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意

四、開課學校核定

任課教師	開課系所主管	課務組/註冊組	教務長	出納組(收費章)