# 高雄醫學大學　學年度　　第　　學期　教師調課申請表

年　　月　　日

<table>
<tr><th>科　目　名　稱</th><th>事　由</th></tr>
<tr><td colspan="3">開課序號：<br>科目名稱：</td><td rowspan="11"></td></tr>
<tr><td colspan="3">系　級</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">授　課　教　師</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">原授課時間、地點</td></tr>
<tr><td>星期</td><td>起迄節次</td><td>講堂</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">擬更改時間、地點</td></tr>
<tr><td>星期</td><td>起迄節次</td><td>講堂</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

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：_____