

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。				