

國立清華大學醫學科學系
學生抵免必修必選課程申請表

申請日期： 年 月 日

姓 名		學 號	
年 級		聯 絡 電 話	
申 請 原 因			
欲 申 請 抵 免 之 課 程	開 課 (校) 系 所		
	課 程 名 稱		
	科 號		
	授 課 教 師		
	學 分		
擬 抵 免 本 系 之 課 程	開 課 (校) 系 所	醫學科學系	
	課 程 名 稱		
	科 號		
	授 課 教 師		
	學 分		
檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 課程內容大綱。 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
系主任簽名：		日期：	
申請結果： <input type="checkbox"/> 同意抵免。 <input type="checkbox"/> 不同意抵免。			