

聖母醫護管理專科學校
學生轉科申請表

填表日期： 年 月 日

姓 名		學 號		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	
						年 月 日	
學 制 科 別	<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 在職專班 科 年 班 / 座號：						
擬 轉 入 科 別 年 級	擬申請轉入 科 年 級						
申 請 原 因	申 請 轉 科 學 年 自 學 年 度 第 學 期 起 轉 科						
家 長 或 監 護 人 簽 名 (章)	同意敝子弟辦理轉科。				申 請 人 簽 名 (章)		
通 訊 地 址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				聯 絡 電 話		市 話： 手 機：
電 子 信 箱							
簽 核	導 師		原 屬 學 科 主 任 簽 章		擬 轉 入 學 科 主 任 簽 章		
上列資料由申請同學詳實填寫，並送轉出及轉入學科主任簽核後送教務處。 如有文件不齊或未於公告截止日完成者皆不予受理。							
應 繳 證 明 文 件	<input type="checkbox"/> 歷年成績單（請檢附學期成績單，成績未達標準者不予受理） <input type="checkbox"/> 獎懲紀錄（含操行分數） <input type="checkbox"/> 自傳 <input type="checkbox"/> 其他：						
審 查 結 果	<input type="checkbox"/> 准予轉入 部 科。 <input type="checkbox"/> 不予核准 (原因)						
核 定	承 辦 人		出 納 組		註 冊 組 長		教 務 主 任

說明：

1. 須符合轉科審查標準，方可提出轉科申請；並於規定之辦理時間內，至註冊組填寫申請表並至出納組繳交費用。
2. 辦理程續：繳交轉科申請表乙份→繳交依「各科學生轉科審查標準」所規定之所有相關資料至註冊組。
3. 核准轉科者，請於規定時間內申請學分抵免；學分抵免相關規定請參閱本校學分抵免辦法。