聖母醫護管理專科學校

開課代碼

___學年度___學期暑修 學生自願開課繳費表

申請日期：　　年　　月　　日

申請人	學　　號		班　　級			
	姓　　名 (親筆簽名)		聯絡電話	（請確實填寫）		
授課資料	課程名稱		學分數/學時數	/	使用教室	
	授課老師 簽名		開課單位 核章			
	上課時段 (請確實填寫 日期及節次)					

注意：

一、於下表親筆簽名者，表示願意與名單中之同學一同申請開課，並於規定時間內完成繳費。繳費時與以下名單不符，無論人數多寡，皆不予收費並取消開課。

二、如申請人數未達 15 人，因特殊原因仍欲申請開課，並願意分攤 15 人之暑修學分費，則所有申請人皆檢附「自願分攤費用切結書」。

三、應屆畢業生、延修生及實習擋修生得於3人以上申請開課，如申請人數未達 12 人，因特殊原因仍欲申請開課，並願意分攤 12 人之暑修學分費，則所有申請人皆檢附「自願分攤費用切結書」。

四、此份表單請與開課申請表一併繳回。

依《暑期開班授課辦法》第4條辦理。

序號	學　　號	姓　　名	序號	學　　號	姓　　名
1			11		
2			12		
3			13		
4			14		
5			15		
6			16		
7			17		
8			18		
9			19		
10			20		

以上人數共_____人，　　經計算後，每人應均分_____元。