

# 元培醫事科技大學轉系申請單

申請日期：      年      月      日

學 生 姓 名		學 號	
出 生 日 期	年      月      日	連 絡 電 話	
通 訊 地 址			
原就讀部別學制系組年級	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技		
	_____系 _____組_____年_____班	擬轉入系組 年      級	_____系 _____組_____年_____班
前學期操行成績	<b>【一年級新生免填】</b>		
檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 前學期成績單(一年級新生第1學期，請檢附期中考成績證明) <input type="checkbox"/> 歷年成績單 <input type="checkbox"/> 其他：		
申 請 轉 系 理 由			
學 生 簽 章		家 長 簽 章	
就 讀 系 主 任	<b>意見：</b>  <b>簽章：</b>	擬 轉 入 系 主 任  <b>簽章：</b>	<b>意見：</b>  <b>簽章：</b>
備 註	一、未滿20歲之學生申請轉系(科)須經由家長同意簽章。 二、碩士班轉所組，應經擬轉入所之所務會議審查通過。 三、本申請表限於規定日期截止日(含)前，繳回教務處註冊組，逾期概不受理。 四、擬轉醫學檢驗生物技術系、護理系、視光系者須先至元培健康診所，查證是否色盲，並交由擬轉入系所面試時確認，系主任若無簽註意見，則視同同意。 五、若申請人數超過名額，則依系審查分數排序。		