臺北醫學大學僑生申請轉系報告書

學生填寫欄 申請日期： 　 　年　　 月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 學號 |  | | 年級 |  |
| 原就讀  學系 |  | | 聯絡電話 | (H)  (C) | | | |
| 入學管道 | □個人申請(海聯會) □分發(海聯會) □其他： | | | | | | |
| 內容 | 茲因(請填寫欲轉系之原因) | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 敬請　惠准。 | | | | | | |
| 學生簽名： (本欄須由學生親簽) | | | | | | |
| 行政老師 | | 學系主任 | | | 招生組收件 | | |
| □同意  □不同意，  簽章： | | □同意  □不同意，  簽章： | | | 收件日期： | | |