

學年度第 學期職能治療學系英語文檢定考試獎勵 申請表

年 月 日第 週

班 級	姓 名	學 號	
符合 標準	考試名稱：	考試成績：	
	<input type="checkbox"/> 一科加 5 分 <input type="checkbox"/> 二科各加 5 分 <input type="checkbox"/> 三科各加 5 分 <input type="checkbox"/> 五科各加 5 分		
擬加 分科 目	科目代號：	擬加分數：	
	科目名稱：		
	科目代號：	擬加分數：	
	科目名稱：		
	科目代號：	擬加分數：	
	科目名稱：		
系上 初審	承辦人簽章：		
審查 結果	系主任簽章：		
確認 欄 任課 老師	科目名稱： 確認已加_____分 簽章：	科目名稱： 確認已加_____分 簽章：	科目名稱： 確認已加_____分 簽章：

-----證-----件-----浮-----貼-----處-----

備註：

1. 申請時間：每學期第一週至第十六週前接受申請。
2. 檢附文件：學生證、考試成績證明或合格證明（正本及影本各一份，正本驗證後發還，影本留存）。若考試成績證明上所載姓名為英文者，應另附足資證明英文姓名之證件（例如護照）以供驗證。
3. 核准後正本系辦留存，影本送任課老師作為成績加分依據。