

學年度第 學期職能治療學系上修學分申請表

年 月 日

班 級	姓 名	學 號	
上 修 原 因			
擬 上 修 科 目	科目代號：	必/選修：	導師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師簽章：
	科目名稱：	學分數：	
	科目代號：	必/選修：	導師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師簽章：
	科目名稱：	學分數：	
	科目代號：	必/選修：	導師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師簽章：
	科目名稱：	學分數：	
	科目代號：	必/選修：	導師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師： ☐ 同意 ☐ 不同意 任課老師簽章：
	科目名稱：	學分數：	
導 師 說 明	導師簽章：		
審 查 結 果			

課程委員簽章：

系主任簽章：

備註：

1. 申請時間：每學期加退選前辦理完成。
2. 檢附文件：學分抵免相關資料或成績單。