

**國立清華大學醫學科學系**  
**學生抵免必修必選課程申請表**

申請日期：      年      月      日

姓      名		學      號	
年      級		聯 絡 電 話	
申 請 原 因			
欲 申 請 抵 免 之 課 程	開 課 ( 校 ) 系 所		
	課 程 名 稱		
	科              號		
	授 課 教 師		
	學              分		
擬 抵 免 本 系 之 課 程	開 課 ( 校 ) 系 所	醫學科學系	
	課 程 名 稱		
	科              號		
	授 課 教 師		
	學              分		
檢 附 資 料	<input type="checkbox"/> 課程內容大綱。 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
系主任簽名：		日期：	
申請結果： <input type="checkbox"/> 同意抵免。 <input type="checkbox"/> 不同意抵免。			