



中國醫藥大學 China Medical University

研究所 開課後 課程變動申請單

申請日期： 年 月 日

課程學年/期： _____ 學年度 _____ 學期 開課系所： _____ 開課年級： _____

課號： _____ (A/B/ _____ 班) 課名： _____

變動共同授課教師 變動課程負責教師 停開課程 變動上課時間(需附上選課學生簽名)

變動上課教室 其他： _____

變動前 Before				變動後 After			
授課教師		授課時數		授課教師		授課時數	
上課時間	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 單週 <input type="checkbox"/> 雙週			上課時間	<input type="checkbox"/> 每週 <input type="checkbox"/> 單週 <input type="checkbox"/> 雙週		
	星期/節次 (eg.五/45)				星期/節次 (eg.五/45)		
	教室				教室		
變動原因	請詳述：						
課程負責教師	系所承辦人	單位主管	研究生事務處 承辦人	研究生事務處 副事務長	研究生事務處 事務長		

備註：

1. 變動上課時間：請檢附全班修課學生同意之簽名資料，若因此發生學生選課衝堂，由開課系所負責。
2. 請於申請單送至研究生事務處後，約2-3天至「課程查詢系統」自行確認。

3. [節次] 上課時間：

〔1〕 08:00-09:00	〔2〕 09:10-10:00	〔3〕 10:10-11:00	〔4〕 11:10-12:00	〔0〕 12:10-13:00
〔5〕 13:10-14:00	〔6〕 14:10-15:00	〔7〕 15:10-16:00	〔8〕 16:10-17:00	〔9〕 17:05-17:55
〔10→A〕 18:00-18:50	〔11→B〕 18:55-19:45	〔12→C〕 19:50-20:40	〔13→D〕 20:45-21:35	

110.11.24修訂