



中山醫學大學

高中合作授課/講座申請表

申請日期： 年 月 日

學校名稱		聯絡人姓名	_____/_____(職稱)
承辦單位		聯絡人電話	
電子信箱			
課程時間規劃	總授課週(堂)數：_____ 授課日期/時間：____年____月____日； ____:____~____:____		
課程主題	(請提供課程主題、方向)		
授課學系	<p>醫學院：</p> <input type="checkbox"/> 醫學系 <input type="checkbox"/> 心理學系 <input type="checkbox"/> 護理學系 <input type="checkbox"/> 醫學社會暨社會工作學系 <p>口腔學院：</p> <input type="checkbox"/> 牙醫學系 <p>醫學科技學院：</p> <input type="checkbox"/> 物理治療學系 <input type="checkbox"/> 職能治療學系 <input type="checkbox"/> 生物醫學科學系 <input type="checkbox"/> 語言治療與聽力學系語言治療組 <input type="checkbox"/> 醫學檢驗暨生物技術學系 <input type="checkbox"/> 語言治療與聽力學系聽力組 <input type="checkbox"/> 醫學影像暨放射科學系 <input type="checkbox"/> 視光學系 <p>健康管理學院：</p> <input type="checkbox"/> 營養學系 <input type="checkbox"/> 公共衛生學系 <input type="checkbox"/> 職業安全衛生學系 <input type="checkbox"/> 醫學資訊學系 <input type="checkbox"/> 醫學應用化學系 <input type="checkbox"/> 健康產業科技管理學系 <input type="checkbox"/> 醫療產業科技管理學系 <input type="checkbox"/> 應用外國語言學系		
授課對象/人數	<input type="checkbox"/> 高一 <input type="checkbox"/> 高二 <input type="checkbox"/> 高三 <input type="checkbox"/> 不分年級 <input type="checkbox"/> 一類組 <input type="checkbox"/> 二類組 <input type="checkbox"/> 三類組 <input type="checkbox"/> 不分組 授課人數(預估上限):_____人		
特殊事項說明			
交通	校內車位(若有提供車位是否需事先提供車牌) <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 無提供車位		

*申請表填寫完畢，請以 e-mail(cs168@csmu.edu.tw)提出申請，並致電本校教務處招生組承辦人員(04-24730022#11138)確認申請內容。