



中山醫學大學 114 學年度校內轉系申請表

學 號			姓 名								
現 就 讀 學 系			系	年級	請黏兩個月內 二吋脫帽半身 相片一張						
擬 轉 入 學 系			系	年級							
轉 出 學 系 導 師 簽 章	①	轉 出 學 系 系 主 任 簽 章	②								
轉 入 學 系 系 主 任 簽 章	③										
本欄由考生依 各學系要求 (自行填寫)	學業成績 (醫學、牙醫、護理)		歷年成績累計排名百分比 (醫學、醫社、心理、語聽)		操行成績 82 分以上(必填)		修習學分數 (牙醫、營養)		大 過 處 分 (必填)		
	1 上	2 上	1 年級		1 上	2 上	1 上	2 上	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	1 下	2 下	2 年級		1 下	2 下	1 下	2 下			
	審 核 科 目	普通化學/ 分		有機化學/ 分		生物化學/ 分		分析化學/ 分			
		普通生物學/ 分		普通物理學/ 分		英文檢定通過證明() (醫、牙醫適用)					
	外國語領域與英文相關科目 2 學分 75 分以上 / 分 (醫資、應外適用)										
	選 修 科 目	<input type="checkbox"/> 牙醫學概論 85 分以上(牙醫適用)					<input type="checkbox"/> 護理學導論 70 分以上 (護理適用)				
書 面 審 查	書面審查資料需於報名當日繳交										
<input type="checkbox"/> 心理系-書面資料 <input type="checkbox"/> 語聽系(聽力組)-自傳 <input type="checkbox"/> 護理系-推薦函											
通訊地址 <small>(請填寫 7 月收件之地址)</small>	()										
監 護 人 同 意 親 簽			關 係		考 生 親 簽						
手 機 (必 填)	(家長)				(考生)						
應考資格審核結果 (考生免填)								④ 資格審查 (轉入學系審查後核章)			
學業成績	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
操行成績	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
成績排名百分比	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
獎懲紀錄	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
審核科目及分數	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
修習科目及分數	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
選修科目及分數	<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 不通過，原因：_____										
								⑤ 報名費 (6 樓總務處出納組) (醫、牙 2000 元;其他系 800 元)			
								⑥ 現場收件 (1 樓教務處門口)			

※下列學生不得申請轉系：一、已核准轉系者。二、在休學期間者。三、轉學生、二技學生。四、延長修業年限學生。

※請依下列時程完成報名程序：1-4 關：請於 7/9 前完成。「資格審查」：請提供資料以利學系審查，如歷年成績單、自傳、書審資料、英檢證明…等。(詳請參閱學系簡章)5-6 關：限 7/10 8:30~11:30 至學校現場繳交資料。完成收件並經確認後，方視為報名完成。逾時不予受理。

※申請校內轉系者，視為同意授權本校依據《個人資料保護法》之相關規定，蒐集、處理及保存考生之個人資料。