

植醫學程其他選修課程認定書

學 生 姓 名		學 號	
聯 絡 電 話		申 請 年 度	學 年 度 第 學 期
E-mail		申 請 日 期	年 月 日
課 號	學 分 數	課 程 名 稱	

申請人簽名：_____

該生於上表所修習之課程經本學程認定列入畢業學分之選修學分

植醫學程核定：

指 導 教 授 簽 名		學 程 主 任 簽 名	
-------------------	--	-------------------	--

本單完成核定後，請影印 1 份送學程辦公室留存，正本於申請學位考試時，一併送審。
--