

中信科技大學 全學期上課地點/課程時間異動申請表

_____學年度_____學期

申請異動日期_____年_____月_____日

上課班級：			科目名稱：				開課序號：		
原教室					新教室				
原上課 地點時間	星期		節次		新訂上課 地點時間	星期		節次	
	星期		節次			星期		節次	
申請者		① 異動原因：							
任課老師		②			教務處		④		
開課系所主管		③			教務長		⑤		

上課同學簽名：

項次	班級	學 號	姓 名	項次	班級	學 號	姓 名
1.				1.			
2.				2.			
3.				3.			
4.				4.			
5.				5.			
6.				6.			
7.				7.			
8.				8.			
9.				9.			
10.				10.			
11.				11.			
12.				12.			
13.				13.			
14.				14.			
15.				15.			

註：1.上課教室如需全學期異動，均需填列本表，每一課程填列一張。

2.申請者如為學生，申請教室異動須經任課老師簽名同意。

3.申請者請詳填原因、簽名後，經開課系科主任簽核，再送教務處辦理。

4.學生車禍行動不便需更換上課地點，需附上醫生診斷證明。

5.異動上課地點，請務必通知隨班附讀學生。

6.填寫時，需注意上課教室是否衝堂。