

國立成功大學醫學院臨床醫學所「再生醫學科技學分學程」報名表

歸檔編號：

基本資料		填表日期		年	月	日	相片黏貼處
身份證字號							
姓 名		性 別		生 日			
系 所		年 級		學 號			
通訊住址							
E-mail							
聯絡電話			行動電話				

申請資格初審 請檢附成績證明文件正本	
先修課程 (不計入學分) 請於所修課程; 課名不同內容一樣, 請於括弧內填妥科目名稱)	資料初審
*分子或細胞生物 2 學分以上 <input type="checkbox"/> 分子生物 <input type="checkbox"/> 細胞生物 <input type="checkbox"/> 課名不同內容一樣, 請於括弧內填妥科目名稱 (課程名稱: _____)	
備註: 預修課程承認 0 學分	

修課成績記錄欄 請檢附成績證明文件正本與課程大綱 備註: 甄選合格後, 修課完畢再請您填寫。

必修核心課程 (8 學分)					
課程名稱	開課系所	修課年度	成績	學分	承辦
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			

選修 (8 學分)					
課程名稱	開課系所	修課年度	成績	學分	承辦
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			
		學年 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下			

原系所主管或導師	審查委員	臨醫所所長
	申請: <input type="checkbox"/> 甄選合格 <input type="checkbox"/> 甄選不合格	申請證書: <input type="checkbox"/> 成績合格 <input type="checkbox"/> 核發證書

General Information				Date: dd/mm/yyyy		Pic.
ID No.						
Name		<input type="checkbox"/> Male/ <input type="checkbox"/> Female	Birthday			
Inst./Dept.		Grade		St. No.		
Address						
E-mail						
TEL.		Cell Phone				

Preliminary Review of Qualification for Applying (please attach Original Copy of Transcript Grade Report)

Prerequisites (credits excluded) “ ” the course you've taken; please fill in the name of the blank)

Preliminary Review Committee Signature

* MOLECULAR or CELL BIOLOGY (should take more than 2 credits)

☐ MOLECULAR BIOLOGY

☐ CELL BIOLOGY

☐ Please fill in the blank if name of course is different to the above.

(name of course : _____)

* Prerequisites (credits excluded)

Course Scores Record Chart

(Please attach Original Copy of Transcript and curriculum syllabus)

Note: please complete the following blanks after taking courses
Required Courses(8 credits) :

Curriculum	Inst./Dept.	Semester and Year	Grades	Credits	Organizer
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			

Elected Courses(8 credits) :

Curriculum	Inst./Dept.	Semester and Year	Grades	Credits	Organizer
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			
		Year <input type="checkbox"/> Spring <input type="checkbox"/> Summer			

Applicant's Inst./Dept.	Review Committee		Director of ICM
	Application : <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Non-compliant	Applying for Certificate : <input type="checkbox"/> Achieve the pass Scores Rank	<input type="checkbox"/> Issue Certificate