

# 國立臺北護理健康大學\_\_\_\_\_學期大學部轉系申請單

申請日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

學 號		姓 名		聯絡 電話	
目前就讀 系組班別	_____學院_____年制_____系 _____年級_____班			身分別	<input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 其他：
擬轉入 院系組級	擬申請轉入_____學院_____系_____年級 <input type="checkbox"/> 平轉 <input type="checkbox"/> 降轉 曾申請雙主修或輔系 <input type="checkbox"/> 是 獲核准雙主修系：_____系（_____學年度） <input type="checkbox"/> 否 輔 系：_____系（_____學年度）				
申請轉 系原因 (簡述)				申請人 簽 名	
(1)原就讀系審查					
<input type="checkbox"/> 同意轉出 <input type="checkbox"/> 不同意轉出 原就讀系主管簽章：_____ 原就讀學院院長簽章：_____					
以上程序請同學完成後於申請截止日期前送交教務處註冊組。 以下程序由註冊組統一彙整後辦理，請同學不要自行送交轉入系所審查。					
(2)轉入系審查					
<input type="checkbox"/> 同意轉入 <input type="checkbox"/> 不同意轉入 轉入系主管簽章：_____ 轉入學院院長簽章：_____					
(3)教務處審查					
原系入學管道：_____ 註冊組：_____ 轉出後是否登記缺額：Y / N 轉入系原缺額：_____人 教務長：_____ 擬編入_____班級					
說 明	一、學生申請轉系應填妥轉系申請單。 二、轉系申請以一次為限，且通過後不得申請變更或撤銷。但情況特殊者，得於公告轉系結果後十個工作天內，經相關院系及教務處專案簽准回復原系。惟嗣後不得再申請轉系。 三、本申請單應先洽原就讀系/院主管簽章後，於公告之申請日期連同轉入系所要求繳付文件一併繳交至教務處註冊組。 四、降級轉系者，其應修科目及學分數依轉入年級學生入學年度之課程科目表為依據；其在原系與轉入系重複修習之年限，不列入轉入系之最高修業年限併計。 五、核可轉系通過者當學期應申請學分抵免，惟通識必/選修課程無需申請，將直接列計畢業學分。				