

高雄醫學大學_____學年度第__學期
職能治療學系各年級學生重修（未修）科目調查表

班代（負責人）：

年級：

填表日期：____年__月__日

| 序號 | 學號 | 姓名 | 重修（未修）科目名稱 | 學分數 | 開課年級 | 備註 |
|----|----|----|------------|-----|------|----|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |

※ 本調查表請於每學期系辦通知截止日前填妥後繳交至系辦公室。