**高雄醫學大學口腔醫學院**

**學生修讀全英語授課課程(EMI)獎勵申請表**

申請日期： 學年度第 學期 年 月 日

|  |
| --- |
| 基本資料 |
| 姓名： | 學號： | 年級： |
| 系所： | 就讀學位： |
| 聯絡電話： | 電子郵件： |
| 修讀EMI課程(需填寫課程名稱)： |
| 繳交資料檢核表 |
| □　口腔醫學院學生修讀EMI課程獎勵金申請表□　學生證影本（正反面，須檢附正本供查驗）□　修課證明（學生資訊系統列印D.1.25.歷年成績檢核明細表）□　學生匯款帳戶封面影本 |
| 審核結果：□通過 □不通過，需補件 □不通過，資格不符 |
| 學生獎勵小組 | 口腔醫學院 |
| 承辦人：學生獎勵組組長： | 口腔醫學院院長： |

核定日期：