**高雄醫學大學簽訂雙聯學制協議書申請表**

收件編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申請日期：⭘⭘ 年⭘⭘月 ⭘⭘日 收件日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協議名稱：   1. 英文: Kaohsiung Medical University and XXX University Dual Degree Program Agreement 2. 中文:高雄醫學大學與⭘⭘大學雙聯學制協議書 3. 簽約學級：碩士/博士 | | | | |
| 本校申請單位：  高雄醫學大學⭘⭘ 學院 | | 對方簽約單位：  國外⭘⭘ 大學⭘⭘ 學院 | | |
| 本校聯繫窗口：  教師、行政人員聯絡資訊  分機：  Email: | | 對方聯繫窗口：  教師、行政人員聯絡資訊  電話：  Email: | | |
| 請備齊雙聯學制協議書草案內容(英文，形式不拘)提出申請：   |  |  | | --- | --- | | **雙聯學制協議書項目** | **合約草案條文內容** | | 一、申請資格 |  | | 二、甄審及名額規定 |  | | 三、銜接課程設計 |  | | 四、學分抵免規定 |  | | 五、在兩校修業時限 |  | | 六、學位授予 |  | | 七、費用繳交標準  （含學雜費、學分費、住宿費等） |  | | 八、協議書修改及終止之規定 |  | | 九、其他有關註冊、休學、復學、退學  規定 |  | | | | | |
| 申請單位承辦人：  分機：  Email: | 系/所/學院附屬單位主管  分機：  Email: | | 學院/研究總中心  審核人員  分機：  Email: | 院長/研發長/校級單位  主管  分機：  Email: |
| **會簽單位** | | | | |
| **國際事務處** | | | | |
| **秘書室法規組** | | | | |