

換宿申請書

學生 _____ 系級 _____ 學號： _____ 因下述原因故需申請換宿：

與室友不合，具體原因： _____。

身心障礙生 (檢附相關證明，證明文件由學務處生活輔導組及心理諮商輔導組共同審議之)

重大傷病 (檢附區域級醫院以上相關證明)

其他： _____。

原先住宿 _____ 館 _____ 室第 _____ 床，懇請學校長官體察實情，准予學生換宿。
(完成更換床位手續者，該學年度內不得再次申請)

立 書 人： _____ 簽章

手 機： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

樓長審查意見：

館長審查意見：

承辦單位	會辦單位	決行
承辦人		學務長
生輔組組長		
秘書		

註：高雄醫學大學基於換宿申請之目的，須蒐集法定代理人及學生之姓名、電話，以在換宿申請作業期間及地區內進行必要之聯繫及辦理退費。當事人得就個人資料行使更改、刪除等個人資料保護法之權利，請洽本校生活輔導組。

CS502-A602-010210

Room Exchange Application Form

Name: _____ Dept/Grade _____ Student ID : _____

Reason for room exchange :

Not get along with roommates , details :

_____.

Disabled students(with certificate that examined by OSA and the Division of Psychology and Counseling)

Major illness(with certificate issued by hospitals)

Others : _____ .

Dorm: _____ / Room No.: _____ / Bed No.: _____

I hereby declare the request for room exchange application and will be pleased with your agreement on this application. (Applicant should not reapply in the same academic year)

Signature of Applicant : _____

Cellphone : _____

Application Date: _____ (yyyy/mm/dd)

樓長審查意見 :

館長審查意見 :

承辦單位 Case Handling Unit	會辦單位 Countersignature Unit	決行 Decision Unit
承辦人 Case Officer		學務長 Vice President for Student Affairs
生輔組長 Director of Division of Student Assistance		
秘書 Secretary		

Ps. : For the purpose of the application in KMU, personal information of the legal representative and the student shall be collected to carry out the necessary contact and refund for the procedure. Based on Personal Information Protection Act, you have the right to change or delete any personal data. If you need to do so, please contact our Division of Student Assistance.