

馬偕醫學大學學生宿舍寢室異動申請表

申請日期： 年 月 日

申請人姓名	學 號	原寢室號碼	新寢室號碼	聯絡電話	備 註
申請床位異動事由					
說明	一、依據〈馬偕醫學大學學生宿舍管理辦法〉第二章第十二條規定：「住宿學生有正當理由者，得於每學期規定之時間內，填寫宿舍寢室異動申請表及寢室異動家長同意書，經宿舍輔導人員及學務長核准後於規定時間內調遷宿舍，但每學期以一次為限。」辦理。 二、寢室床位異動原則限床位與床位交換，並需經當事人同意方得異動，並檢附家長同意書。 三、寢室異動經核准後，請於二日內搬遷完畢，請宿舍管理員清點原寢室財產物品、依規定繳回原寢鑰匙。				
班級導師		宿舍輔導員			
生活輔導組		學生事務長			

申請人姓名	異動檢察	宿舍輔導員確認簽章
	<input type="checkbox"/> 清點原寢室財產	
	<input type="checkbox"/> 歸還原寢室鑰匙	
	<input type="checkbox"/> 領取新寢室鑰匙，簽名：_____	
	<input type="checkbox"/> 清點原寢室財產	
	<input type="checkbox"/> 歸還原寢室鑰匙	
	<input type="checkbox"/> 領取新寢室鑰匙，簽名：_____	

注意事項：

- 一、寢室異動經核准後請於二日內搬遷完畢，請宿舍管理員清點原寢室財產物品、依規定繳回原寢鑰匙。

馬偕醫學大學學生宿舍寢室異動家長同意書

學生_____就讀本校_____系，____學年度第____學期

原寢室，學生宿舍____棟____室____房____床，

異動為，學生宿舍____棟____室____房____床，

申請宿舍異動，因事

由_____，

經異動雙方同意。

此致 學務處 生活輔導組

學生姓名：(簽章)

學號：

學生家長：(簽章)

連絡電話：

中華民國 年 月 日