**馬偕醫學院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 | | 1. 依據〈馬偕醫學院學生宿舍管理辦法〉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。 2. 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。 3. 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 |
|  | □清點原寢室財產 |  |
| □歸還原寢室鑰匙 |
| □領取新寢室鑰匙，簽名： |
|  | □清點原寢室財產 |  |
| □歸還原寢室鑰匙 |
| □領取新寢室鑰匙，簽名： |

注意事項：

1. 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。

**馬偕醫學院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