中山醫學大學轉修適應體育課成申請表

 學年第 期

|  |
| --- |
| **一、基本資料** |
| 姓名： | 系級： | 學號： |
| 血型： | 性別： 男□ 女□ | 聯絡電話： |
| 緊急聯絡人： | 聯絡電話： |
| 住址： |
| **二、申請檢附資料** |
| □永久性1.身心障礙手冊影本或區域型醫院以上診斷證明書。2.於每學期開學第二週前至體育中心辦理 |
| □臨時性（附區域型醫院以上診斷證明書）□意外傷害 □突發自發性病症 □心理因素 □其他 請原班級授課教師敘述該生上課情況： 原授課教師簽名： |
| **三、自我病症敘述（請詳盡說明）** |
|  |
| **四、意見審核** |
| 體育中心主任 | 承辦人員 |
|  |  |

申請日期： 年 月 日