



學年度 第 學期 中山醫學大學協助監考人員名單

申請日期： 年 月 日

系 級	課 程 名 稱	期中/期末考週 授課教師	協助監考 人員姓名	所屬單位 職 稱
申請協助監考人員原因				
協助監考 人 員		授課教師	註冊課務組 承辦人	註冊課務組 主任
電 話		電 話		
備 註	一、依據本校教師監考辦法，若非由任課老師擔任監考人員時，請於考試前兩週提出申請。 二、若授課教師不克親自監考，請務必填寫本單。			