**表三**

**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校** **學年度 第** **學期課程審查委員名單**

教學單位： 審查科目名稱：

承辦人： 聯絡電話： E-mail：

課程名稱：

| **序號** | **委員**  **類別** | **委員姓名** | **服務單位** | **職稱** | **聯絡電話** | **e-mail** | **寄件地址** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | □學者  □產業  □校友 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | □學者  □產業  □校友 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | □學者  □產業  □校友 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | □學者  □產業  □校友 |  |  |  |  |  |  |
| 說明 |  | | | | | | |

**注意事項:**

1.**本表一科目填寫一張**。

2.課程審查須經二名外審委員通過為原則，否則須經第三名外審委員審查後決定之。若課程或科所屬性特別，委員類別人數須變更者，請於表中說明。

3.各資料於科內留存。

4.表單請核章後，影本乙份送至教務處課務組留存。

承辦人簽章： 單位主管簽章: 課務組簽章: 教務主任簽章: