

## 在籍学生旁听科目报名表格

请填写以下信息

姓名	(中):	(英):		
学号:	班级:	联络号码:		
旁听科目	序	班级	科目	学时
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
我同意并愿遵守新加坡中医学院旁听生简章所列的条例。				
签名:		日期:		
教务处审核		注册处批准		
1. 审核科目: 2. 不审核科目: 原因:		1. 批准科目: 2. 不批准科目: 原因:		
旁听费:	收据号码:	日期:		
备注:		经手人:		