中山醫學大學
專任教師(講學、進修、研究)期間課程代理同意書

附件二

申請日期：　　年　　月　　日

申請人：　　簽章

單位	職稱	姓名	任教科目	每週時數	代理人		代理期間	簽章	備註
					職稱	姓名			

茲同意本系(所)　　教師前往　　(講學、進修、研究)
其所擔任之課程由上列教師代理

系(所)主任　　簽章