

英聽特殊班 外語實務課程 審查委員意見表

學生姓名：	班 級：
學號：	聯絡電話：
外語實務課程審查委員意見：	
建議事項：	
外語實務課程是否通過 ？	
審查委員：	
_____	_____

	年 月 日