****

**醫務管理系學生實習回函表**

**日期：　年　月　日**

|  |  |
| --- | --- |
| 實習機構名稱 |  |
| 校方申請人數 | 初次調查：　人 | 機構最多可提供之實習人數 |  |
| 實習部門及實習人數 | □不同部門，以輪調方式進行實習。□固定部門進行實習(請續填下方)部門:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_人 　部門:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_人部門:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_人 　部門:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_人 |
| 實習費用及支付方式 | 【請提供詳細計算方式，如每人每月實習費用】□開立支票-請提供抬頭：□匯款-請提供戶名及帳號： |
| 實習合約 | □ 機構提供合約格式　　　　□ 依校方合約格式 |
| 實習連絡人姓名 | 　　　　  | 職稱 |  |
| 連絡方式 | 電話: | 電子郵件: |
| 實習當日報到資訊 | 報到時間： | 報到地點： |
| 學生報到需繳付資料 |  | 實習手冊 |  | 成績單 |
|  | 實習公文 |  | 照片(　 吋/ 　張數) |
|  | 身分證明文件 |  | 保險證明 |
|  | 學生證 |  | 體檢報告(請於備註說明體檢必要項目) |
| 備註 |  |

* 本表煩請於111/10/12(三)前mail回覆。
* 若有任何問題，可與實習負責人連絡，感謝您的協助與幫忙。
* 聯絡人：陳秋君，電話：02-7738-8000分機6202。