

(實 習 機 關)

1 1 4 度 受 理 學 生 實 習 名 冊

學 校 別 :

大 學 〈 醫 學 院 〉

系 所 別 及 年 級 別 :

學 (科) 系 _____ 年 級

實 習 期 間 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

至 _____ 年 _____ 月 _____ 日

實 習 機 關 : 臺 北 市 政 府 衛 生 局

科 (室)

臺 北 市 _____ 區

健 康 服 務 中 心

姓 名	電 話	電 子 信 箱 (註 1)	備 註
指 導 老 師 1			
實 習 聯 絡 人			
實 習 學 生 1			
實 習 學 生 2			
實 習 學 生 3			
實 習 學 生 4			
指 導 老 師 2			
實 習 聯 絡 人			
實 習 學 生 1			

實習學生 2			
實習學生 3			
實習學生 4			

說明：

- 1 . 學生得免填電子信箱位址。
- 2 . 部分實習學生之實習期間若與其他學生不同，請於備註欄註明。
- 3 . 實習聯絡人若只有一人，可填“同上”。
- 4 . 本表請依實習機關別，每機關使用一張表（於衛生局實習者需依科室別再予分列）。
- 5 . 本表若有不足，請自行影印使用。