(實習機關) **111年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 |  |  |  |
| 實習學生5 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 實習學生5 |  |  |  |

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。