附表1

三軍總醫院實習學生通訊錄

實習學校科系：中國醫藥大學物理治療學系 年級（學制）：四年級 聯絡人：陳淑雅

身份別：□見習 ■實習 實習時間：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **見、實習學生基本資料** | **緊急聯絡人基本資料** | **其他** |
| **中文姓名** | **英文姓名** | **身分證字號****(或護照號碼)** | **性別** | **出生年月日** | **個人手機** | **E-mail** | **戶籍地址** | **緊急****聯絡人** | **關係** | **手機** | **見、實習證明需求** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 需實習小時數證明 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 需實習小時數證明 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 需實習小時數證明 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 需實習小時數證明 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 需實習小時數證明 |

附表2

|  |
| --- |
| 三軍總醫院B、C型肝炎及胸部X光檢查名冊 |
| 實習學校科系：中國醫藥大學物理治療學系 |
| 編號 | 姓名 | 性別 | 出生年月日 | 身分證字號(或護照號碼) | 檢查日期 | 檢查醫院 | 檢查結果(B肝結果請填陰、陽性) | 通知施打疫苗日期 | 施打疫苗日期 | 檢查結果(C肝抗體) | CXR 檢查結果 | CXR異常原因 |
| 表面抗原HBsAg | 表面抗體Anti-HBS | 核心抗體Anti-HBC | 第1劑 | 第2劑 | 第3劑 |
| 1　 | (範例)　 | 女 |  |  | 105.6.1 | 三軍總醫院 | ＋ | － | － | 103.08.08 | 8/14 | 8/21 | 8/28 | ＋ | 正常 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備註：來院實習須檢具合格醫院**一年內之B型肝炎表面抗原、B型肝炎表面抗體、B型肝炎核心抗體（無抗體者須檢附B型肝炎疫苗3劑接種證明）及C型肝炎抗體之檢查報告，實習3個月以上者須出具一年內之胸部X光檢查報告**，本表請校方於學生進入單位**實習前一個月**造冊合併公文函送本院，併辦來院實習相關作業，電子檔請傳送emtpj520@gmail.com（實習醫學生）或chanmanwen@mail.ndmctsgh.edu.tw（醫事實習學生）。 |

學校用印：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_