國泰綜合醫院

物理治療實習同意書

學校名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□願意 □放棄

於109學年度

□ C1 109年7月13日~11月13日(18週)

□ C2 109年11月23日~110年4月2日 (18週)

至國泰綜合醫院復健科物理治療接受18週之臨床實習課程，並確實遵守實習單位之規定。

本人簽名蓋章\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中華民國109年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

請於109年3月12日前由學系統一將名單及電子檔寄回單位電子信箱jap2@cgh.org.tw