

附件三

衛生福利部桃園醫院復健醫學部物理治療實習學生
實習申請表

姓名			就讀學校		
身份證			學號		
生日	/	/	性別	男/女	
聯絡電話	手機 (H)			照片黏貼處	
E-mail					
通訊住址					
推薦人			推薦人連絡電話		
專長					
經歷					
學習目標					
實習站別	C1		C2		
請就 C1 至 C2 自選希望實習之站別 (可依志願序填入數字)	<input type="checkbox"/> 肌肉骨骼物理治療(360 小時)+ 神經系統物理治療(360 小時)		<input type="checkbox"/> 肌肉骨骼物理治療(360 小時)+ 神經系統物理治療(360 小時)		
	<input type="checkbox"/> 神經系統物理治療(360 小時)+ 兒童物理治療(360 小時)		<input type="checkbox"/> 神經系統物理治療(360 小時)+ 兒童物理治療(360 小時)		
	<input type="checkbox"/> 兒童物理治療(360 小時)+ 肌肉骨骼物理治療(360 小時)		<input type="checkbox"/> 兒童物理治療(360 小時)+ 肌肉骨骼物理治療(360 小時)		
	<input type="checkbox"/> 神經 240 小時+義肢裝具 120 小時+小兒 360 小時		<input type="checkbox"/> 神經 240 小時+義肢裝具 120 小時+小兒 360 小時		
	<input type="checkbox"/> 神經 240 小時+床邊 120 小時+ 骨科 360 小時		<input type="checkbox"/> 神經 240 小時+床邊 120 小時 +骨科 360 小時		

填表日期：_____

申請人簽名：_____