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110學年度

□ C1 110年7月12日~11月12日(18週)

□ C2 110年11月22日~111年4月1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110年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

請於110年3月8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