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112學年度

□ C1 112年7月17日~11月17日(18週)

□ C2 112年11月27日~113年4月5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112年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

請於112年3月8日前**由學系統一**將名單及電子檔寄回本單位電子信箱jap2@cgh.org.tw