

臺北榮民總醫院復健醫學部 物理治療實習學生申請書(12 週)

姓名		性別		兩吋脫帽照片
就讀學校		出生日期		
身分證字號				
E-mail				
聯絡電話	(H) (手機)			
通訊住址				
語言能力	()國語 ()英語 ()台語 ()客家語 ()其它(請註明：_____)			
經 歷 (擔任班級 、社團經歷 或參與研究)				
專 長				
請勾選申請 實習時間	<input type="checkbox"/> B1: 110/07/12 ~ 110/10/01 <input type="checkbox"/> B2: 110/10/04 ~ 110/12/31 <input type="checkbox"/> B3: 111/01/03 ~ 111/04/01 每階段須達各組最低申請人數方能開訓		<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> B3 <input type="checkbox"/> 皆可 (優先順序為_____)	
請 勾 選 實習站別	<input type="checkbox"/> 神經與骨科組(B1, B3) <input type="checkbox"/> 小兒與水療組(B1, B3) <input type="checkbox"/> 心肺與水療組(B1, B3) <input type="checkbox"/> 神經與水療(B2) <input type="checkbox"/> 心肺與小兒組(B3) <input type="checkbox"/> 皆可 (我同時申請_____醫院_____時段_____組別) (優先順序為_____)			

所附資料是否完備(資料不齊者不予審查) ☐申請表一份 ☐自傳及實習計畫

*請把所有申請資料合成一份 PDF 檔【檔名請設為姓名(學校名)，如黃○○(高醫)】於 1/25 前 e-mail 至 vghptugy@gmail.com

*在校成績正本請自行申請並統一交由助教於 1/29 前寄至：

台北市北投區石牌路二段 201 號 台北榮總復健醫學部物理治療 黃佳琦治療師收