

復健科物理治療實習同意書

學校名稱\_\_\_\_\_

本人\_\_\_\_\_ ( ) 願意/ ( ) 放棄於 \_\_\_\_\_學年度至童綜合醫療社團法人童綜合醫院復健科臨床實習，保證實習期間認真負責，並確實遵守所有實習單位之安排與規定。骨科單位會包括部分時間於夜間實習，說明：若分配到臨床教師為固定午晚班，則 W1-W5 亦須實習午晚班(總實習時數每日 8 小時，每週 40 小時)

此致 童綜合醫療社團法人童綜合醫院復健科

本人簽名蓋章：

中 華 民 國                      年                      月                      日