

復健科物理治療實習學生申請表

姓 名			性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血 型			
出 生 日 期	民 國 年 月 日							
學 校			科 系					
連 絡 地 址								
戶 籍 地 址							緊急聯 絡 人	
連絡地 電 話	()	行 動 電 話	()				家 屬 行動電話	
E-mail			LINE ID					
本單位物理治療實習採用 B制期程，請參閱招收辦法。 (可單一院區或兩院區填選) (分發後不得修改)			B 制 實 習 時 程 B 1 2 3 (3 6 週)					
			<input type="checkbox"/> 沙 鹿 院 區		骨科 12 週/神經 12 週/小兒 12 週			
			<input type="checkbox"/> 梧 棲 院 區		骨科 12 週/神經 12 週/小兒 6 週/心肺 6 週			
專 業 證 照			經 歷			興 趣		
個 性 及 學 習 目 標 計 畫 (必 填)								
填表人簽名/日期(必填)								