

元培醫事科技大學醫務管理系

高關懷學生替代實習申請書

班級		學號		姓名	
高關懷原因	○重大傷病 ○其他_____				
替代實習地點	○元培診所 ○修課+實驗室 ○其他_____				
家長意見欄					
	家長簽名		申請日期	年 月 日	
導師意見欄					
	簽章		申請日期	年 月 日	
系主任或系務會議審議				<input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 同意，轉請諮商中心提供意見 <input type="checkbox"/> 不同意	
	主任簽章		日期	年 月 日	
諮商暨輔導中心意見欄					
	主任簽章		日期	年 月 日	
接受實習單位意見				<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	
	簽章		日期	年 月 日	

*實習期間與作息等規定與同期校外實習學生均相同。