**天主教聖馬爾定醫院logo天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院復健科**

物理治療實習遴選申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 就讀學校 | |  | 正面清楚  脫帽相片乙張 | |
| 性別 |  | | 出生日期 | |  |
| 通訊地址 |  | | | | |
| 連絡電話 | (H)  (手機) | | | | |
| **E-mail address**  **（必填）** |  | | | | | | |
| 語言能力 | 國語 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ |
| 台語 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ |
| 英語 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ |
| 客語 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ |
| 其他： | | | | | | |
| 欲申請實習時間 | □C1 114年07月14日至114年11月14日  □C2 114年11月24日至115年04月03日（含過年假一周） | | | | | | |
| 興趣 |  | | | | | | |
| 經歷 |  | | | | | | |
| 學習目標 |  | | | | | | |

* 請務必檢視資料是否齊備，若資料不完整則恕不受理

必備資料: 申請表一份、在校成績正本一份（大一至大三上學期）、自傳、實習計畫

* 申請日期自即日起至**114年02月27日**下午5點截止，書面申請文件煩請系上業務負責人收齊資料後，於期限內以掛號郵寄至『60069嘉義市東區大雅路二段565號 天主教聖馬爾定醫院復健科 王怡婷 副組長收』。
* 預計將**114年3月10日**公佈初步正取及備取名單，並以電子郵件通知申請同學及其所屬學校（系）。