

_____主任鈞鑒：

有鑑於多年來臨床教學帶領實習學生的經驗，及根據學生對實習活動安排的反應，敝單位 **115 學年度實施物理治療實習學生申請制度**。

此一制度是希望提供給**真正有意願前來本實習單位的學生以提高臨床實習效能**。申請與遴選辦法採書面方式，詳細內容及申請表載於附件中，敝單位採用 C 方案上、下學期各 18 周實習敬請公佈。

敝單位在實習設計上將重點放在讓實習學生在實習學期結束後都可以都接觸過四大次專科治療，包含神經、骨科、心肺、兒童等物理治療，希望實習學生在全盤性接觸後發現自己的興趣與擅長何種治療，繼而在未來的臨床工作上發光發亮。

為配合並利於貴校實習學生之安排與公文寄發，申請結果名單確認後將儘速通知貴系。若有任何問題歡迎來電聯絡。

聯絡方式：(05)2648000 轉分機 5551。

敬祝新的一年 貴系 系務蒸蒸日上。

大林慈濟醫院
復健科物理治療股
副股長 吳佳儒 敬上

大林慈濟醫院復健科 物理治療實習學生遴選辦法

一、申請條件:凡有意願至本單位實習，且符合下列規定者可提出申請

1. 對專業具熱忱，並有意願至本單位實習。
2. 物理治療專業科目各科需達 60 分以上。
3. 操行成績 80 分以上。
4. 同意遵守敝單位的實習規則。

二、申請者依規定應備妥下列申請文件

1. 申請表一份(請貼照片)。
2. 本校成績一份(大一至大三上學期，含班級名次)。
3. 自傳(以 A4 紙謄寫，內容請包括 1. 個人優缺點及特色 2. 選讀物理治療的原因 3. 個人生涯規劃)。
4. 實習計劃一份(以 A4 紙謄寫，內容請包括 1. 申請本單位作為實習醫院的動機 2. 希望實習階段能獲得的知識 3. 想像中的實習生活 4. 對實習的期望，字數在 600 字內)

三、申請日期自 115 年 2 月 01 日起至 2 月 27 日止，請系上業務負責人收齊資料後，於申請期限內以掛號寄至大林慈濟醫院復健科 吳佳儒 副股長收。

四、115 年 3 月第二週公佈正取及備取名單，請同學接到通知後，3 月第三週，週五 17:00 截止前將【實習同意書】統一交由系上業務負責人傳真或寄回本部。本股將於 3 月最後一週公佈正式錄取名單。

大林慈濟醫院 復健科 物理治療

實習申請表

※ 申請物理治療實習_115學年度 請V勾選一個						
<input type="checkbox"/> Block C1：115年07月13日~11月13日(18週)						
<input type="checkbox"/> Block C2：115年11月23日~116年04月02日(18週)(含過年假一週)						
<input type="checkbox"/> Block C3：116年02月22日~06月25日(18週)						
一、基本資料						
姓 名		性別		血型		(照片)
身分證號		生日	年 月 日			
學校名稱		身高		體重		
連絡電話	(手機)		(H)			
地 址						
E-mail						
二、經歷(班級或社團幹部或參與研究)、專長、興趣						
經歷 (班級或社團幹部 或參與研究)						
專長						
興趣						
三、其它學習需求調查(請自述)：						

附註：填妥後請系上業務負責人統一寄至 嘉義縣大林鎮民生路2號 大林慈濟醫院復健科物理治療 吳佳儒 副股長收

大林慈濟醫院
復健科物理治療實習同意書

學校名稱_____

本人_____ ☐願意、☐放棄

於 115 學年度

☐C1 115 年 07 月 13 日~11 月 13 日 (18 週)、

☐C2 115 年 11 月 23 日~116 年 04 月 02 日(18 週)(含過年假一週)、

☐C3 116 年 02 月 22 日~06 月 25 日 (18 週)

到大林慈濟醫院復健科物理治療接受 18 週之臨床實習課程。

☐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。

本人簽名蓋章：

_____ ☐

中 華 民 國 1 1 5 年 月 日

【實習同意書】請在 115 年 3 月第三週前交由系上負責人寄回本股！感謝您！