**亞東紀念醫院 復健科**

**物理治療實習學生實習申請表(C制，18週)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 就讀學校 | | |  | | | 正面清楚  6個月內生活相片  乙張 |
| 性別 |  | | 出生日期 | | |  | | |
| 通訊地址 |  | | | | | | | |
| 連絡電話 | (H) | | | | (手機) | | | |
| E-mail |  | | | | | | | |
| 語言能力 | 國 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ | |
| 台 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ | |
| 英 | 精通□ | | 普通□ | | | 不熟悉□ | |
| 其他: | | | | | | | | |
| 實習計畫 | (1)申請本單位作為實習醫院的動機。  (2)想像中的實習生活。  (3)對實習的期望。 | | | | | | | | |
| 欲申請實習時間  (C1或C2  擇一勾選) | □C1(114/7/14~114/11/14)：  □ 骨科+神經，各360小時  □ 骨科+心肺，各360小時  （**站別請依優先順序填寫1,2**） | | | | | | | □C2(114/11/24~115/4/3)：  □ 骨科+神經，各360小時  □ 骨科+心肺，各360小時  （**站別請依優先順序填寫1,2**） | |

* 請務必檢視資料是否齊備，若資料不完整，恕不受理