

中臺科技大學113學年度第一學期【視光系】實習人數申請調查表【醫院】

您好：

為了讓實習生能充份準備實習事宜，敬請您提供相關訊息，並於以下項目勾選須繳交資料，以便學生順利完成實習報到。

中臺科技大學視光系 敬啟 113/1/22

實習機構名稱	中國附醫			實習期間	四技日間部	第一梯	113/9/1-113/10/31
實習證明專用	醫師姓名	蔡宜佑			二技進修部	第二梯	113/11/1-113/12/31
	執照字號	醫字第022621號			第一梯	114/3/1-114/4/30	
					第二梯	114/5/1-114/6/30	
實習機構提供每一梯次實習人數	四技日間部	第一梯	10 人	實習費用	四技生	元	
		第二梯	10 人		二技生	元	
	二技進修部	第一梯	5 人	獎助(學)金	四技生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請註明)： 元	
		第二梯	5 人		二技生	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(請註明)： 元	
住宿需求	四技日間部	<input checked="" type="checkbox"/> 無法提供 <input type="checkbox"/> 可提供：男生_____位、女生_____位 申請宿舍時間：					
	二技進修部	<input checked="" type="checkbox"/> 無法提供 <input type="checkbox"/> 可提供：男生_____位、女生_____位 申請宿舍時間：					
報到日期/時間	四技日間部	第一梯	113年 9 月 1 日	報到聯絡人	張瓊分		
		第二梯	113年 11 月 1 日				
	二技進修部	第一梯	114 年 3 月 1 日	聯絡人電話	04-22052121#18108		
		第二梯	114 年 5 月 1 日				
報到地點	眼耳鼻喉醫學中心大樓一樓驗光室			e-mail			
實習生應繳交資料	基本資料	<input type="checkbox"/> 大頭照 1吋____張 / 2吋____張 <input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 實習合約書影本 <input type="checkbox"/> 保險證明 <input type="checkbox"/> BLS 基本生命救命術 (C P R) 證照影本 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：					

	<p>體檢資料 (__個月內)</p>	<input type="checkbox"/> 胸部 X 光(__個月內的檢查結果) <input type="checkbox"/> C 型肝炎抗體 <input type="checkbox"/> B 型肝炎抗原、B 型肝炎抗體 <input type="checkbox"/> 若為 B 肝抗原、抗體呈陰性者，須附上 B 肝疫苗施打證明 <input type="checkbox"/> 麻疹 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> 如未有麻疹抗體，須附上麻疹疫苗接種證明 <input type="checkbox"/> 須附上德國麻疹疫苗接種證明 <input type="checkbox"/> 水痘 IgG 抗體 <input type="checkbox"/> 如未有抗體，須附上水痘疫苗接種證明 <input type="checkbox"/> 腮腺炎之檢查報告 <input type="checkbox"/> 須提供流行性感感冒疫苗施打證明 <input type="checkbox"/> 須提供新冠肺炎疫苗施打證明 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：
	<p>其 他</p>	<input type="checkbox"/> 實驗衣 <input type="checkbox"/> 黑(深藍)色褲 <input type="checkbox"/> 白上衣 <input type="checkbox"/> 瞳距(PD)尺 <input type="checkbox"/> 自備水杯 <input type="checkbox"/> 自備環保餐筷 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：
<p>資料繳交方式</p>	<p><input type="checkbox"/>實習前</p>	<p>聯絡單位： 聯絡(收件)人： 電 話： e-mail：</p>
	<p><input type="checkbox"/>實習當天</p>	<p>聯絡單位： 聯絡(收件)人： 電 話： e-mail：</p>

實習期間機構 聯絡窗口	聯絡單位： 聯絡人： 電 話： e-mail：	
本校聯絡窗口	聯絡人：江芸薇副主任或楊立健老師 電 話：04-22391647轉6986或6983	e-mail：108696@ctust.edu.tw FAX：04-22390306