

# 台北榮民總醫院神經修復科 物理治療實習學生申請書(6週)

姓名		性別		兩吋脫帽照片
就讀學校		出生日期		
身分證字號				
E-mail				
聯絡電話	(H)		(手機)	
通訊住址				
語言能力	( )國語 ( )英語 ( )台語 ( )客家語 ( )其它(請註明：_____)			
經 歷 (擔任班級 、社團經歷 或參與研究)				
專 長				
請勾選申請 實習時間	<input checked="" type="checkbox"/> A4: 107/11/26 ~ 107/01/04			

所附資料是否完備：(請打√，務必自行檢查，資料不齊者不予審查)

申請表一份  在校成績正本一份(大一至大三上學期)  自傳及實習計畫(選擇神再的原因及預期學習目標)

**附註：本年度申請截止日期為 3/7(三)，3/14(三)公佈正備取名單**

填妥後請寄至：台北市北投區石牌路二段 322 號

台北榮總神經修復科物理治療 張世昌治療師收

TEL:02-28757720 轉 104

FAX:02-28757702