**佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院復健醫學部**

**物理治療實習意願書**

**學校名稱\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) 願意 於114年度至**

**( ) 放棄**

**台中慈濟醫院復健醫學部接受：**

**□C1**骨科+神經+小兒，**□C1**骨科+神經+床邊

**□C2**骨科+神經+小兒，**□C2**骨科+神經+床邊

**□A制 \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**之物理治療臨床實習課程，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 114 年 月 日**