國泰綜合醫院

物理治療實習同意書

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

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□願意 □放棄

於114學年度

□ C1 114年7月14日~11月14日(18週)

□ C2 114年11月24日~115年4月3日 (18週)

至國泰綜合醫院復健科物理治療接受18週之臨床實習課程，並確實遵守實習單位之規定。

本人簽名蓋章\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

中華民國114年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

請於114年3月10日前**由學系統一**將名單及電子檔寄回本單位電子信箱jap2@cgh.org.tw