

苗栗大千綜合醫院復健科物理治療學生臨床實習申請表

姓名		性別		兩吋脫帽照片
就讀學校		出生日期		
E-mail				
聯絡電話	(H)	(手機)		
通訊住址				
語言能力	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家話 <input type="checkbox"/> 其他(請註明：_____)			
經歷 (擔任班級、社團經歷或參與研究)				
專長				
班上名次	/全班共 名學生			
本院實習站別	1.神經物理治療 6 週 2.骨科物理治療 6 週 3.兒童物理治療 6 週			
申請實習時間	<input type="checkbox"/> A 制 <input type="checkbox"/> A1、 <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> A3、 <input type="checkbox"/> A4、 <input type="checkbox"/> A5、 <input type="checkbox"/> A6 <input type="checkbox"/> C 制 請勾選申請實習時間 <input type="checkbox"/> C1(113 年 7 月)、 <input type="checkbox"/> C2 (113 年 11 月)			
宿舍	是否需要申請醫院宿舍 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。(醫院名額有限) 實習學生宿舍申請線上表單： https://forms.gle/BwSTGmBuLBthvx06A			

個人申請

* 預計申請大千醫院為臨床實習單位者，請將下方資料 E-mail 至聯絡人信箱

1. 申請表，
2. 連同標示名次之成績單，
3. 自傳及實習計劃(須包含”為何申請至本科實習之期望”與”理由”)，

* 郵件主旨請註明”苗栗大千物理治療實習生申請遴選-校名-姓名”

* 申請截止日：113 年 3 月 20 日，收件後會給予回信，三日內未收到回信者請來電詢問。通過書面審查者，以 E-mail 通知錄取相關事宜。

團體申請

申請時間、名額及遴選方式以學系公佈為準

聯絡人：黃炳堯物理治療師，聯絡電話 037-357125 分機 75304，

E-mail：pyhuang0915@gmail.com / Pt.dachien@gmail.com