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 113 學年度

□　C1　113 年 7 月 15 日~11 月 15 日(18 週)

□　C2　113 年 11 月 25 日~114 年 4 月 4 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 113 年_____月_____日

請於 113 年 3 月 8 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