

實習單位		實習期間	
姓名		班級	
學號		電話	
e-mail			
緊急聯絡人		聯絡人電話	
繳交資料	基本資料	<input type="checkbox"/> 醫院提供基本資料表 <input type="checkbox"/> 大頭照1吋 張/ 2吋 張 <input type="checkbox"/> 身分證影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 其他： _____ _____	
	體檢資料	<input type="checkbox"/> 體檢彙整表 <input type="checkbox"/> 胸部X光 - 檢驗日期： <input type="checkbox"/> B型肝炎抗原、B型肝炎抗體 <input type="checkbox"/> B肝施打證明 <input type="checkbox"/> C型肝炎抗體 <input type="checkbox"/> 麻疹IgG抗體 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘IgG抗體 <input type="checkbox"/> MMR施打證明 <input type="checkbox"/> 其他： _____ _____	
	其他	<input type="checkbox"/> CPR等醫院要求證照 <input type="checkbox"/> 成績單 <input type="checkbox"/> 其他： _____ _____	
	住宿申請	<input type="checkbox"/> 醫院住宿申請單	

簽名：_____