**元培醫事科技大學學生實習機構轉換/終止實習申請表**

年 月 日

|  |
| --- |
| 1. 申請人: 系: 班級: 學號: |
| 通訊地址:  連絡電話(住家): (手機): |
| 實習時間: 自民國 年 月 日至 年 月 日止  實習課程： |
| 1. 實習機構名稱: 擔任職務:   實習機構輔導老師姓名: 機構輔導老師電話: |
| 1. 學校實習訪視老師姓名:   是否與實習訪視老師先行協調與處理: □有 □無 |
| 1. 申請事項: □機構轉換 □終止實習 □其他事項 |
| 1. 申請原因與內容說明: |
| 1. 先前處理方式與結果： |
| 1. 檢附相關證明資料： □有 □無   資料名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 申請學生簽章: **(請本人親簽)** 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

✄

學生申訴申請收執聯

茲收到\_\_\_\_\_\_\_\_\_系\_\_\_\_\_\_\_\_\_年制\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_\_班\_\_\_\_\_\_\_\_\_同學之

“申訴申請表”乙份。

教務處實習組於中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日收 承辦人：