**元培醫事科技大學學生實習申訴評議決定書**

年 月 日

|  |
| --- |
| 1. 申訴人: 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 日止擔任職務: |
| 1. 實習機構名稱:

實習機構輔導老師姓名: 機構輔導老師電話: |
| 1. 申訴原因與內容說明:
 |
| 四、評議結果： |
| 訪視教師： 系主任: 教務處 實習組： |

 ✄

實習組收執聯

茲收到元培醫事科技大學校外實習輔導暨實習申訴委員會之申訴評議決定書乙份。 中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日收 學生姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_