新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

護理科實習學生家長聯絡單

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習醫院: | | 實習單位: |
| 學生姓名: | | 班級學號: |
| 家長姓名: | | 電話: |
| 日期: | 實習特殊事件 | 教師處理情形 |
|  | |  |
| 教師簽章: | | 家長簽名: |