新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 學年度實習機構基本資料表

實習科別： 實習單位：

實習期間： 年 月 日至 年 月 日止

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名稱 |  |
| 負責人 |  | 統一編號 |  |
| 聯絡人 |  | 職稱 |  |
| 聯絡電話 | ( )  | 傳真 |  |
| 公司地址 | □□□ |
| E-mail |  |
| 醫院簡介 |  |
| 營業項目 |  |
| 膳宿狀況 | □供餐：□早□午□晚□供宿□膳宿自理 | 休假方式 |  |
| 實習內容 | 各科臨床護理實習 | 薪資 | □不支薪□月薪 元□時薪 元 |
| 提供名額 | 每單位7-8名 |
| 實習需求條件： |
| 實習機會來 源 | □廠商申請 □ (推薦老師姓名) 老師推介□ (推薦學生姓名) 學生申請 □其它  |

表單編號：護-實-01-F01