

2017.12.18

姓 名		班 級	
學 號		實 習 科 別	
原實習梯次及時間	第 梯次 年 月 日~ 年 月 日		
原實習醫院及單位	醫院： 單位：		
申請事項	<input type="checkbox"/> 更換單位 <input type="checkbox"/> 更換梯次 <input type="checkbox"/> 個人因素 <input type="checkbox"/> 修課未過擋修 <input type="checkbox"/> 實習未完成 <input type="checkbox"/> 中止實習(休/退學)		
欲調動實習梯次及時間	第 梯次 年 月 日~ 年 月 日		
欲調動實習醫院及單位	醫院： 單位：		
異動原因			

新生醫護管理專科學校學生實習時間異動切結書

本人子女_____就讀_____科_____年_____班，學號_____

因_____，無法進行_____科實習，若因此無法如期畢業，一切後果由家長及學生自行負責。

申請人簽名：	申請人連絡電話：
家長簽名：	連絡電話：
班導師簽名：	承辦人員：
申請日期： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 核准 <input type="checkbox"/> 不核准：_____	
實輔系統更動完成日期： 年 月 日	
是否發函文： <input type="checkbox"/> 是：發文日期_____ <input type="checkbox"/> 不發文 發文字號_____	

實習副主任：

護理科主任：