

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

醫藥保健商務科

校外實習訪視輔導記錄表

第一次 第二次

實習機構名稱		機構地址	
學生班級：	實習期間： 年 月 日至 年 月 日		
訪視日期： 年 月 日	實習指導老師(親筆簽名)：		
學生學號：			
學生姓名(親筆簽名)：			
學生實習表現			
訪視重點內容			
實習指導老師意見			
科辦處理情形			
訪視教師簽章	教學單位主管核章	通識中心主管核章 (通識教師適用)	

註：

1. 表單內容請以條列式呈現，實習指導教師及學生須親筆簽名，並於訪視後一週內繳回科辦備查。
2. 訪視經費申請：請依本校「教師推動實務教學獎勵辦法」規定期限內(檢附申請表及本表影本)，由科統一造冊後送研發處審核。

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校
醫藥保健商務科

校外實習訪視輔導記錄表

第一次 第二次

訪視輔導照片(至少 4 張)

--	--

說明：

說明：

--	--

說明：

說明：