|  |
| --- |
| 填寫時程：實習過程中，有任何相關問題須反應，皆可填寫此表回傳科辦。情況緊急時，請先聯繫各單位負責訪視老師或班級導師。 |

**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**

**校外實習問題聯絡單**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 學生姓名 |  | 填表日期 |
| 學號 |  | 　年　　月　　日 |
| 實習機構 |  |
| 問題詳述 | 填寫時程：實習過程中，有任何相關問題須反應，皆可填寫此表回傳科辦。情況緊急時，請先連繫各單位負責訪視老師或班級導師。 |
| 填表學生簽名 |  |
| 處理情形紀錄 |  |
| 後續追蹤紀錄 |  |

* 同學詳述問題簽章，請將此表傳至科辦信箱dmhb@mail.hsc.edu.tw並致電03-4117548#296、647
* 或寄達學校(325-44 桃園市龍潭區中豐路高平段418號 新生醫專 醫藥保健商務科 收)。