

填寫時程：開始實習的第三個工作日內(含)，需將此表格，請以 E-mail 或郵寄方式回覆科辦

## 新生醫護管理專科學校 醫藥保健商務科 學生校外實習報到確認單

學生姓名			
學號			
報到日期	年	月	日
實習機構名稱		工作單位	
單位聯絡人姓名 (手機)			
聯絡人電子信箱			
單位電話			
單位傳真			
實習單位蓋章			
備註			
實習課程教師簽章			
系主任簽章			

※請將此表圖檔寄至科辦信箱辦公室 dmhb@mail.hsc.edu.tw

或寄達學校(325-44 桃園市龍潭區中豐路高平段 418 號新生醫護管理專科學校 醫藥保健商務科 收)。

※有任何問題亦可聯絡系辦公室 03-4117578 轉 296、647