**佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 復健科**

**物理治療實習學員遴選規定**

第一條：為遴選相關院校之有高度意願且具學習熱忱之物理治療實習學生，於本科接受臨床專業實務實習訓練課程安排，實習站別選擇如下，特定此規定。

1. ~~(~~C1、C2制：~~)~~各18週(實習內容：神經疾患物理治療共180小時、肌肉骨骼系統物理治療共180小時、小兒物理治療共180小時、床邊物理治療含心肺及急慢性病房共180小時)
2. D制： 36週(實習內容：神經疾患物理治療共360小時肌肉骨骼系統物理治療共360小時、小兒物理治療共360小時、床邊物理治療含心肺及急慢性病房共360小時)

第二條：符合下列條件者均可提出申請。

1. 具高度學習意願及學習熱忱者。
2. 操行成績80分以上。

第三條：申請時請備妥以下申請文件。

1. 實習申請表一份(附件一)。
2. 在校成績影印本一分(大一至大三上學期，共五學期，含名次)。
3. 自傳(以A4、標楷體、字體大小14、單行間距，內容應涵括：家庭背景、個人特質及優缺點、對物理治療認知簡介及自身未來期許、個人生涯規劃等，字數於800字以內)。
4. 實習計畫書一份(以A4、標楷體、字體大小14、單行間距，內容應涵括：申請本科實習及選擇站別動機、對於實習訓練安排的期望、實習期間的學習目標等，字數於500字以內)。

第四條：申請者需於申請日期截止前備妥第三條規定相關文件，並以電子郵件寄至本科聯絡人。待完成書面審查後將以電子郵件通知個人及所屬學系公告錄取通知。

第五條：教學負責人:徐佳俐物理治療股長、電話：03-8561825轉13279

電子信箱chiali1978@tzuchi.com.tw、 信件主旨:。。大學書審學生姓名。。。

附檔名內容:1.歷年成績單 2.名次表 3.自傳 4.實習計畫)。

說明：說明：110學年度實施日程：

一、截止日期：111年04月01日止，錄取通知日期：110年04月08日公佈錄取名單，另備取一名。

二、學生接到通知後，**於 04月15前回覆【實習同意書】**(附件二) **確認同意或放棄。統一交由系上業務負責人回傳教學負責人。**

三、最終決定名單:於04月18日公布最後正式錄取名單。

(附件一)

**實習申請表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 就讀學校 | |  | | |
| 電子郵件 | 請務必詳實填寫可收到之信箱(盡量以非yahoo的信箱) | | | | | 照片黏貼處 |
| 聯絡電話 | 手機：  (H)： | | | | |
| 出生日 | / / / | | 性別 | | 男 / 女 |
| 通訊住址 |  | | | | | |
| 實習站別 | **請勾選欲申請實習站別：**   * + **C1 □ C2 □C1或C2皆可 □ D制** | | | | | |
| 專長 |  | | | | | |
| 在校社團  或  服務經歷 |  | | | | | |
| 師長推薦 | 推薦人簽章： | | | | | |
| (非必填  但具備者佳) |

申請人簽名：

(附件二)

**物理治療實習生實習意願書**

立實習意願書人 ，有意願於110學年度( 制)至花蓮慈濟醫院復健部物理治療實習，且同意遵守該院一切相關實習規定。

此致 花蓮慈濟醫院復健部物理治療組

立實習意願書人資料

姓名： （簽章） 就讀學校：

身分證字號： 聯絡電話： 聯絡地址：

E-Mail：

中華民國 年 月 日