**天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院**

復健科物理治療實習意願書

學校名稱：

本人： ，□願意、□放棄於111學年度至天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院復健科物理治療部門，接受物理治療臨床實習，實習時段如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □C1 | 111年7月11日至111年11月11日 | 18周 |
| □C2 | 111年11月21日至112年3月31日（含過年假一周） | 18周 |
| □C3 | 112年2月20日至112年6月23日 | 18周 |

保證實習期間認真負責，並確實遵守所有實習單位的安排及規定。

立實習意願書人資料

姓名： （簽章）

連絡電話：

聯絡地址：

E-mail address：

**中華民國 年 月 日**

請於111年3月14日前，簽署【實習同意書】確認同意或放棄，並統一交由系上業務負責人以掃描PDF檔，回傳本部門。

實習負責人信箱 <王怡婷<PT840715@stm.org.tw>>