高雄醫學大學附設中和紀念醫院

復健科 物理治療

實習同意書

學校名稱:

* 本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□願意 □放棄**於10學年度至高雄醫學大學附設中和紀念醫院復健科臨床實習。
* 本人保證實習期間認真負責，並確實遵守所有實習單位之規定與安排
* 實習期間若有緊急狀況，請通知本人之法定代理人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(關係: )，連絡電話:

此致 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 復健科

立同意書人 簽名蓋章:

中華民國 年 月 日