**仁德醫護管理專科學校 行動數位商務科**

**學生實習申請表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性別 |  | 出生 | 年 月 日 |
| 班　　級 |  | 學號 |  |
| 聯絡電話 |  | E-mail |  |
| 實習前所附證照 | □無 □有 證照名稱  |
| 通訊地址 |  |
| 永久地址 |  |
| 緊急聯絡人 | 姓名： 電話： |
| 實習期間 | 　　年　　月　　日　 至　 　　年　　月　　日 |
| 機構名稱 |  | 統一編號 |  |
| 機構電話 |  | 實習地點 |  |
| 機構地址 |  |
| 實習內容 |  |
| 實習指導老師 |  |
| 實習委員會初審 | □ 審議通過 □ 審議不通過 |
| 科務會議複審 | □ 審議通過 □ 審議不通過 |
| 科主任核章 |  |