

國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院

實/見習證明書申請表

申請日期： 年 月 日

申請人基本資料			
姓名		身份證字號	
出生年月日	年 月 日	聯絡電話	
學校名稱		就讀科/系	
實/見習科室			
實/見習期間	自 年 月 日至 年 月 日止，合計 (週/小時)		
證明書種類	<input type="checkbox"/> 實習證明 <input type="checkbox"/> 見習證明 <input type="checkbox"/> 其他：.....		
本院提供 1 份證明書，如需增加請自行複印。			
申請人核章	實習單位主管核章	教學部核章	批示

一、表列各欄資料申請人，務必詳實、正楷填寫，如有錯誤自行負責。

二、各項證明之核發需 3-7 個工作天，申請人務請於 1 週前提出申請。

三、聯絡人：邱顯秀副管理師，連絡方式：(03)6677600 分機 531980

E-mail：G04221@hch.gov.tw