

實習(醫)學生實習期間反應表

填表日期： 年 月 日

姓 名		就讀學校	
實習期間	年 月 日 至 年 月 日	實習單位	
是否需要回應	<input type="checkbox"/> E-mail:		
反應/建議事件：			
教學研究部	<input type="checkbox"/> 提案至醫學教育研究委員會議討論。 <input type="checkbox"/> 會簽權責單位： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____ <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">簽章：</div>		
權責單位回覆內容及處理情形：			
權責單位主管	權責單位部主任	教學研究部	醫學教育研究 委員會
		承辦人： 主任：	

* 實習期間若有任何問題歡迎提出，我們將會盡快為您處理。

* 將此表送回教研部或 mail 至何春梅信箱：mr001@ptch.org.tw (分機：2712)