**臺北榮民總醫院神經修復科 物理治療實習學生申請書*(6週)***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 |  | | 兩吋脫帽照片 |
| 就讀學校 |  | 出生日期 |  | |
| 身分證字號 |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| 聯絡電話 | (H) (手機) | | | | |
| 通訊住址 |  | | | | |
| 語言能力 | ( )國語 ( )英語 ( )台語 ( )客家語 ( )其它(請註明： ) | | | | |
| 經 歷  (擔任班級  、社團經歷  或參與研究) |  | | | | |
| 專 長 |  | | | | |
| 請勾選申請  實習時間 | **A7: 110/04/06 ~ 110/05/15** | | |  | |

所附資料是否完備：(請打ˇ，務必自行檢查，資料不齊者不予審查)

申請表一份 在校成績正本一份(大一至大三上學期) 自傳及實習計畫(選擇神再的原因及預期學習目標)

附註：本年度申請截止日期為3/6(五)，3/13(五)公佈正備取名單

填妥後請寄至：**臺北市北投區石牌路二段322號**

**臺北榮總神經修復科物理治療 張世昌治療師收**

**TEL:02-28757720轉144**

**FAX:02-28757702**