**國立成功大學物理治療學系實習同意書**

附件二

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自\_\_\_\_\_\_\_學年\_\_\_\_學期起至\_\_\_\_\_\_學年\_\_\_\_\_學期止，到以下實習單位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(至少填寫兩家實習單位；若因健康因素，需附醫師疾病診斷證明，並經本系實習委員會評估及系務會議審議通過，方可全年於同一醫院實習)進行物理治療臨床實習。

1. 同意遵守實習單位一切實習相關規定。
2. 同意倘若因個人因素造成實習中斷或成績不及格，之後實習醫院的安排將全由成功大學物理治療學系決定。

此致　　國立成功大學物理治療學系

立同意書人

姓名：　　　　　　　　 （簽章）

身份證字號：

聯絡電話：

E-mail：

家長簽名： (簽章)

中華民國 　　年　　月　　日