

**大林慈濟醫院**  
**復健科物理治療實習同意書**

學校名稱\_\_\_\_\_

本人\_\_\_\_\_ ☐願意、☐放棄

於 115 學年度

☐C1 115 年 07 月 13 日~11 月 13 日 (18 週)、

☐C2 115 年 11 月 23 日~116 年 04 月 02 日 (18 週)(含過年假一週)、

☐C3 116 年 02 月 22 日~06 月 25 日 (18 週)

到大林慈濟醫院復健科物理治療接受 18 週之臨床實習課程。

☐保證實習期間認真負責，並確實遵守所有實習單位  
之安排與規定。

本人簽名蓋章：

\_\_\_\_\_ ☐

中 華 民 國    1 1 5    年            月            日

【實習同意書】請在 115 年 3 月第三週前交由系上負責人寄回本股！感謝您！