長榮大學健康科學學院醫務管理學系



108年度學生實習基本資料表

實習機構： （請填寫全名）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 班級 | 醫管三 A | 二吋大頭照  黏貼處 |
| 學號 |  | | 生 日 | 年 月 日 |
| 身分證字號 |  | | 手機 |  |
| 實習期間地址 | |  | | | |
| E-Mail | |  | | | |
| 緊急聯絡人/  受益人 | |  | | | |
| 緊急聯絡人住家電話及手機 | |  | | | |
| 備 註 | | 註：以上資料包含保險用，請詳細填寫。 | | | |
| 學生證正面影本黏貼處 學生證反面影本黏貼處 | | | | | |
| 身份證正面影本黏貼處 身份證反面影本黏貼處 | | | | | |