

長榮大學健康科學學院醫務管理學系
112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 | | |
| 身分證正面影本黏貼處 | | 身分證反面影本黏貼處 | | |