

臺中榮民總醫院
實習醫學生 實習證明書、實習成績 申請單
 ()中榮教發字第 號

中文姓名			
身分證字號		員工卡號	
聯絡電話		出生日期	年 月 日
取件方式	<input type="checkbox"/> 自取 <input type="checkbox"/> 郵寄住址：□□□-□□ _____ <input type="checkbox"/> 寄 scan 檔，電子信箱：_____ @ _____		
學校名稱 (學系)			
訓練時間	自 年 月 日 至 年 月 日		
申請項目	<input type="checkbox"/> 實習證明書_____份。 <input type="checkbox"/> 實習成績_____份。		
用述說明			
申請人簽章		申請日期	年 月 日
預計完成日	年 月 日	承辦單位	臺中榮民總醫院教學部