新生醫護管理專校長期照護科

# 長期照護實習（二）排班表

實習機構： 年 月

機構督導老師簽名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 座號 | 姓名 | 電話 | 日期/班別 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 同學請於實習第一週將班表抄錄後，請機構督導老師確認並簽名，交由實輔股長彙總，若班表有塗改須請機構督導老師於該處蓋章。
* 由實輔股長於實習第二週內完成彙總班表，mail 給系上及實習指導老師。

※學生(小組長)：

※聯絡方式：電話： E-mail：