

(附件十五)

## 新生醫護管理專科學校長期照護科

### \_\_\_\_\_學年度長期照護實習(一) 排班表

實習機構：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

機構督導教師簽名：\_\_\_\_\_

| 學號/姓名 | 電話 | 日期/班別 |  |  |  |  |  |
|-------|----|-------|--|--|--|--|--|
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |
|       |    |       |  |  |  |  |  |

- 同學請於實習前將班表抄錄後，請機構督導教師確認並簽名，交由實輔股長彙總，若班表有塗改須請機構督導教師於該處蓋章。
- 由實輔股長於實習前完成彙總班表，mail 給科上及學校指導教師。

※學生(小組長)：\_\_\_\_\_ 聯絡方式：電話：\_\_\_\_\_ E-mail：\_\_\_\_\_