

編號：

台中榮民總醫院復健科物理治療實習生 實習申請表

學制	<input type="checkbox"/> 全年度B制 (<input type="checkbox"/> 只接受B1, 2, 3 梯次 <input type="checkbox"/> 可接受B2, 3, 4) <input type="checkbox"/> 單站(<input type="checkbox"/> A7 或 <input type="checkbox"/> A8: _____ 站) <input type="checkbox"/> 單站(B4: _____ 站)		
姓名		就讀學校	
生日	/ /	性別	男/女
聯絡電話	手機 (H) (O)		照片黏貼處
E-mail			
通訊住址			
推薦人		推薦人 連絡電話	
專長			
在校社團 或 服務經歷			