

財團法人彰化基督教醫院實習（醫學生）證明申請表

申請資料：實習證明___份 成績證明___份(僅供仍在院內實習之長期實習醫學生申請)

申請人資料	姓 名				原 屬 學 校 與 科 系	
	性 別		出 生 年 月 日	年 月 日	身分證字號 / 居留証號碼	
	聯絡地址					電 話
實習訓練科別						
實習訓練時間		自____年____月____日至____年____月____日止				
申請用途						
取 件 方 式		<input type="checkbox"/> 1. 自取 <input type="checkbox"/> 2. 郵寄（需自附填寫完整之掛號回郵信封） ※收件地址:彰化市南校街 135 號 彰化基督教醫院實習暨聯合訓練中心收 申請人簽章：_____ 申請日期：_____				
※收到申請表至完成證書製作及寄送約 3~5 個工作天						
院 方 資 料 審 核						
實 習 訓 練		<input type="checkbox"/> 及格 <input type="checkbox"/> 不及格 <input type="checkbox"/> 實習中				
同 意 核 發 證 明		<input type="checkbox"/> 實習證明 <input type="checkbox"/> 成績證明				

承辦人簽章：