

彰化基督教醫院實習證明申請表

申請日期: ___年___月___日

110年8月6修訂

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	
實習訓練單位								
實習訓練時間			自 ___年___月___日 至 ___年___月___日止					
申請用途								
實習證明	中 文	每份 100 元	申請 ___份		財 務 部 出 納 組		成本中心 3600	
	雙 語 (英語、中文)	每份 200 元	申請 ___份					
注 意 事 項			1. 欲申請雙語證書者，需另外填寫英文姓名: _____ 2. 繳費請親臨本院福懋大樓 4 樓出納組繳費或匯款(□已完成匯款:收據開立名稱 _____, 匯款金額 _____, 匯款日期 _____, 帳號後五碼 _____), 匯款完成後請將本單郵寄:彰化市旭光路 235 號 實習中心收。匯款資訊如下: (1) 帳戶名稱:彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 (2) 銀行名稱/代號、分院/代號:中國信託商業銀行(822)、員林分行(0325) (3) 銀行帳號: 078530038927 (4) 劃撥帳號: 00131080					
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) ※取件日期請預留 5~7 個工作天					
院 方 資 料 審 核								
<input type="checkbox"/> 同意核發實習證明 <input type="checkbox"/> 不同意，說明: _____					承 辦 人 核 章			