**元培醫事科技大學實習生名額申請回覆表**

|  |  |
| --- | --- |
| 實習機構 |  |
| 實習業務負責單位 |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡人/職稱 |  | E- mail |  |
|  □ 同意實習

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 系別 | 同意名額 | 系別 | 同意名額 |
| □ 〇〇系 |  名 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 □ 不同意實習。 填表後煩貴機構於 〇〇〇年〇月〇〇日前透過電子郵件或傳真方式回傳本校〇〇〇〇〇系。 |
| 承辦單位：〇〇〇系承 辦 人：〇〇〇聯絡電話：〇〇〇〇〇〇 傳真電話：〇〇〇〇〇〇〇電子郵件： 〇〇〇〇 |