新生醫護管理專科學校

視光科實習學生家長聯絡單

|  |  |
| --- | --- |
| 實習單位: | 單位聯絡方式: |
| 學生姓名: | 班級學號: |
| 家長姓名: | 家長電話: |
| 日期: | 實習特殊事件 | 教師處理情形 |
|  |  |
| 班級導師簽章: | 家長簽名: |

請於完成輔導與聯繫後繳交回科辦留存