

新生醫護管理專科學校
視光學科學生實習課程重補修申請單 2021.02.09

| | | | |
|-------------|---|------|------------------------------|
| 姓 名 | | 年 級 | 班 |
| 學 號 | | 連絡電話 | |
| 補修原因 | <input type="checkbox"/> 實習未完成/實習成績不及格 <input type="checkbox"/> 正課未過擋修 <input type="checkbox"/> 中止實習(休/退學) | | |
| 聯絡人(1)姓名及電話 | | | |
| 聯絡人(2)姓名及電話 | | | |
| 住家地址 | | | |
| 申請人簽名： | | | 申請人連絡電話： |
| 家長簽名： | | | 家長連絡電話： |
| 班導師簽名： | | | 備註： |
| 申請日期： | 年 | 月 | 日 |
| 實習期間 | 實習機構 | | 機構地址 |
| 自 年 月 日 | | | |
| 至 年 月 日 | | | |
| 通知日期： | 年 | 月 | 日 學生確認簽名： |
| 是否發函文： | <input type="checkbox"/> 是：發文日期 _____ | | <input type="checkbox"/> 不發文 |
| | 發文字號 | | |

註：申請實習重補修若因實習單位或實習時段未能配合進而無法排入實習，或實習期間表現不佳造成實習被中止等問題，造成延畢、三分之二以上學分不及格與無法於修業年限內完成學歷之風險應由實習學生個人與實習學生家長自行承擔。

視光科實習負責人：

視光學科主任：