

新生醫護管理專科學校
視光學科學生實習單位異動申請單

2021.02.09

姓 名		班 級	
學 號		實習單位	
異動申請時間	年 月 日		
原實習單位			
申請事項	<input type="checkbox"/> 更換單位 <input type="checkbox"/> 個人因素 <input type="checkbox"/> 修課未過擋修 <input type="checkbox"/> 實習未完成 <input type="checkbox"/> 中止實習(休/退學)		
欲調動時間	年 月 日		
欲調動實習單位			
異動原因			

新生醫護管理專科學校視光學科實習單位異動切結書

本人子女_____就讀新生醫護管理專科學校視光學科_____年_____班，
學號_____因_____，無法於原選填單位進行
實習，將配合科上辦理實習單位異動。轉換期間學生在校外之安全與行為將由家長與
學生自行約束，若因單位異動之影響無法如期畢業，後果由家長及學生自行負責。

申請人簽名：	申請人連絡電話：
家長簽名：	連絡電話：
班導師簽名：	承辦人員：
申請日期：年 月 日	
<input type="checkbox"/> 核准 <input type="checkbox"/> 不核准：	
實輔系統更動完成日期：年 月 日	
是否發函文： <input type="checkbox"/> 是：發文日期_____ <input type="checkbox"/> 不發文 發文字號	

視光科實習負責人：

視光科科长主任：