

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

學年度實習機構基本資料表

科別：_____

實習期間：年 月 日至 年 月 日止

公司名稱			
負責人		統一編號	
聯絡人		職稱	
聯絡電話	()	傳真	
公司地址	□□□		
E-mail			
公司簡介			
營業項目			
實習需求/ 條件			
膳宿狀況	<input type="checkbox"/> 供餐： <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚 <input type="checkbox"/> 供宿 <input type="checkbox"/> 膳宿自理		休假方式
勞健保	勞保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他福利
	健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
實習內容		薪資	<input type="checkbox"/> 不支薪 <input type="checkbox"/> 月薪 _____ 元 <input type="checkbox"/> 時薪 _____ 元
		提供名額	
實習機會 來 源	<input type="checkbox"/> 廠商申請 <input type="checkbox"/> _____(推薦學生姓名) 學生申請		<input type="checkbox"/> _____(推薦老師姓名) 老師推介 <input type="checkbox"/> 其它 _____