**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校健康休閒管理科**

學生自行媒合實習機構申請表

 **申請日期：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 |  | 班級 |  | 手機 |  |
| 身分證字號 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 實習時間 |  113年7月1日 至  113年12月31日 | 時數 | 432 小時 |
| 實習機構 |  |
| 機構統一編號 |  | 產業別 |  |
| 檢附證件 | □ 營利事業登記證影本一份 |
| 廠（場）址 |  |
| 主要產品與服務 |  |
| 實習項目 |  |
| 機構負責人 | 姓名：職稱：辦公室電話：手機號碼： |
| 簽 核 | 老 師實習指導 |  | 科主任 |  |