

花蓮慈濟醫院 見習學生代訓計畫書

Hualien Tzu Chi Hospital Clerkship Exchange Proposal

姓名 Name		就讀學校 School	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F	年級 Grade	
交流單位 Desired Department			
學習計畫 Study Plan			
聯繫資料 Contact Information	電話 TEL		
	傳真 FAX		
	電子郵件 E-mail		
	地址 Address		
申請人簽章 Signature		申請日期 Date	年 月 日 (yyyy/mm/dd)