

中華醫事科技大學

全學期校外實習返校修課同意書

一、實習機構於下列情形，同意實習學生返校修課：

- 1.如非於實習期間修課，將影響畢業時程。
- 2.返校上課時間，不得與實習時間衝突或影響實習進行。

二、學生基本資料暨返校修讀課程如下：

實習生姓名：_____學號：_____班級：_____

實習承辦人簽章：_____系主任簽章：_____

開課班級	科目名稱	修別	學分	時數	上課時間	
					星期	節次

經本單位查核，該實習生修課時間並無與實習時間衝突或影響實習進行，同意返校修讀。

實習機構名稱：_____

實習期間：_____年____月____日 ~ _____年____月____日

實習時間：每週一~週五，8:00~17:00

實習機構單位主管簽章：_____

單位關防

中 華 民 國 年 月 日