

仁德醫護管理專科學校 視光學科

(五專部 在職專班) 實習機構申請表

實習機構名稱	機構名稱：_____		
	負責人：_____ 單位主管：_____		
	聯絡電話：_____ 聯絡窗口 Line ID：_____		
	地址：_____		
	E-mail：_____		
工作內容	實習指導醫事人員負有指導教學之義務，需督導實習學生如屈光矯正、隱形眼鏡、配鏡、鏡片製作、門市銷售及眼科單位實務實習工作內容，進行技能指導工作。		
需求條件或專長	專業指導人員須具備下列其中一項資格：(請在具備該資歷項目之 <input type="checkbox"/> 內打 <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 領有證照之眼科醫師。 <input type="checkbox"/> 領有驗光師證照並由驗光師設立之驗光所。 <input type="checkbox"/> 店內的專業指導人員人數：_____ 人 實習機構可接受本校實習生名額為 _____ 名		
輪班	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 工作 _____ 時(每日)，工作 _____ 天休 _____ 天		
實習指導費	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 每梯/每人 NT\$ _____ <input type="checkbox"/> 每月/每人 NT\$ _____ (第一次配合單位請提供匯款銀行帳號影本)		
工作時間	每週 _____ 時	住宿	<input type="checkbox"/> 供宿(住宿費用約 _____ 元/每月) <input type="checkbox"/> 否
加班時間	每日 _____ 時 每週 _____ 時	膳食	<input type="checkbox"/> 供膳 _____ <input type="checkbox"/> 否
勞健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	提供實習津貼	<input type="checkbox"/> 是，額度 _____。(<input type="checkbox"/> 學習型：未達基本工資) <input type="checkbox"/> 否 (<input type="checkbox"/> 勞務型：已達基本工資)
提撥勞退基金	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配合簽約	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

PS：

- 請再附上立案證明(眼科醫師/驗光師證照影本+開業證明書影本)
- 請郵寄至仁德醫專視光學科實習組收，地址：苗栗縣後龍鎮溪洲里砂崙湖79-9號，037-728855#7510

機構/單位用印(大章)：

機構/單位負責人用印(小章)：

機構/單位統一編號章或號碼：