

# 仁德醫護管理專科學校

## 視光學科學生申請實習表

填表日期： 年 月 日

姓 名		性 別		出生	年 月 日
				身分證字號	
學 校 名 稱	仁德醫護管理專科學校				
年 級		學 號			
聯 絡 電 話		緊 急 聯 絡 人	姓名：		
手 機 號 碼			關係：		
			電話：(H)		
			手機：		
電 子 郵 件					
通 訊 地 址					
個 人 自 述					
申 請 實 習 期 間					

**立書人(實習學生及未成年實習學生之法定代理人)同意嚴格遵守下列條款約定：**

- (一) 實習期間實習學生願恪遵學校與實習單位各項管理規定，如有違反致生任何損害，應由實習學生負賠償責任；實習學生如未成年，則由法定代理人負連帶賠償之責。
- (二) 實習期間住宿、交通，悉由實習學生自理。
- (三) 實習學生如故意違反規定或遭糾正情節嚴重時，實習單位得立即終止實習，實習學生不得有異議。
- (四) 實習學生對知悉或持有公司業務資訊或相關文件、資料應負保密義務；未經公司書面同意，實習學生不得擅自重製私用或以任何方式洩漏或交付第三人。本保密約定於實習結束後仍繼續有效。

實習學生：\_\_\_\_\_ (簽名)

法定代理人：\_\_\_\_\_ (簽名)

備註：填妥本表後請於每學年度下學期 4 月 15 日前繳回或掛號郵寄回至視光學科實習老師收，並請自行提供歷年成績單以供證明。

