

實習機構調查表
亞洲大學健康產業管理學系

實習機構名稱		
實習期間	108 年____月____日至 108 年____月____日 (本校 107 學年第二學期課程預定於 108 年 6 月 22 日結束。 建議 貴機構可安排學生實習期間自 108 年 7 月 1 日(一)起共八週。)	
實習名額	_____名	
可提供或安排住宿	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (每人 NT_____元/每月)	
提供學生實習津貼	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (每人 NT_____元/每月)	
需要繳交實習費用	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (每人 NT_____元/每月)	
如需本系繳納實習費用，請提供支票抬頭及統一編號	支票抬頭： _____ 統一編號： _____ (本系將於學生實習結束後約 2 個月內郵寄支票至 貴機構。)	
貴機構可提供實習之部門	可提供實務學習之單位或部門	實習內容或備註
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
實習聯繫單位 / 聯絡人	單 位： _____ 電話 / 分機： _____ 聯 絡 人： _____ 信 箱： _____	
備註	【如有需本系配合事項煩請於此欄填寫，或請來電指教】	

註：煩請於 108 年 01 月 11 日 (星期五) 前填妥「實習機構調查表」，回傳至亞洲大學健康產業管理學系(傳真號碼 04-23321206，Email: miss20137@asia.edu.tw)。
聯絡電話：04-23323456 轉 5121 周怡如小姐。 非常感謝您的支持與協助!