

## 實習名額調查表

### 一、貴單位可提供之實習課程

課程名單	學分/時數	可則打勾
膳食管理	2/144	v
臨床營養	3/216	v
社區營養	1/72	v

### 二、貴單位能提供之學生實習名額與時段

113學年度暑期實習時段	實習名額
自 <b>114年7月至9月止</b> (依院方安排) (共432時)	1
實習日是否包含週六時段 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 尚未確定，請於 年 月 日後再來文申請。	

### 三、對學生實習申請之特殊要求

課程
<ol style="list-style-type: none"> <li>已修畢共同科目、基礎科目及至少六科以上專業科目，成績及格者。</li> <li>學業成績總平均75分以上，核心專業科目平均70分以上。</li> <li>歷年操行成績75分以上。</li> </ol>
其他
<ol style="list-style-type: none"> <li>實習前三個月之合格身體健康報告書(內容包括:一般體檢、A型肝炎(、B型肝炎表面抗原、B型肝炎表面抗體(無抗體者請施打疫苗)、C型肝炎、梅毒性病、傷寒桿菌、寄生蟲、痢疾阿米巴、桿菌性痢疾、胸部X光、皮膚病等報告)。</li> <li>報到時請攜帶:1.照片2張2.身分證正反影本</li> <li>自傳及實習計畫書。</li> <li>實習期間保險正反影本。</li> <li>自備<b>短袍白醫事服</b>、白廚師服、白圍裙及外科口罩、計算機、相關臨床營養參考書籍。</li> <li>實習時請帶營養評估、膳食療養及臨床營養相關書籍備用</li> </ol>

### 四、實習費之收取情形

是否收取	<input checked="" type="checkbox"/> 收取 <input type="checkbox"/> 不收取		
統一編號	81054336		
匯款戶名	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院		
銀行名/含分行	高雄銀行建國分行 (銀行代碼:0162209)		
匯款帳號	220-102-201035		
收取金額	元/人/月 (共 月)	元/人/期	其他
		3000元/人/期	

### 五、聯絡營養師資料

醫院全銜	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院
姓名	黃舒儀營養師
電話	(07)2238153-6015
傳真	07-2234407
E-mail	eshuyii_huang@yahoo.com.tw

### 六、其他建議與說明

以上若有未盡事宜，歡迎加以說明，本系將慎重考慮配合，感謝您的協助！

- 請校方先協助過濾實習前三個月之合格身體健康報告書若有異常請勿排入實習名單中。
- 請校方派代表於實習中期後期到院訪視學生並與實習老師會談(請事先約時間)。
- 若無安排學生來院實習，起儘早通知本科室。
- 請學校配合若付實習費用要醫院開立收據請附上實習生人員名單及人數以方便核對。
- 實習日可能依照單位排課狀況於週六日時段可能會排入。

### 七、感謝狀格式

<input type="checkbox"/> 負責教學的臨床營養師一人一份 (煩請附上詳細名單)
<input checked="" type="checkbox"/> 整個單位一份
<input type="checkbox"/> 不需要感謝狀