

中國醫藥大學藥學院藥學系學生藥學實習分發後放棄實習聲明書

姓名		學號		年級	<input type="checkbox"/> A. 3 年級(升4 年級) <input type="checkbox"/> B. 4 年級(升5 年級) <input type="checkbox"/> C. 5 年級延修
實習機構名稱					
放棄實習事由					
實習機構類型	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 藥廠 <input type="checkbox"/> 藥事機構 <input type="checkbox"/> 中藥實習 <input type="checkbox"/> 社區藥局(連鎖藥局)				
時間	<input type="checkbox"/> ____年7月(160 小時) <input type="checkbox"/> ____年8月(160 小時) <input type="checkbox"/> ____年7月& 8月(320 小時) <input type="checkbox"/> ____年____月(____小時)				
委員會負責老師 所屬區域	醫院 <input type="checkbox"/> 醫院 藥局 <input type="checkbox"/> I. 新北市(含基隆市) <input type="checkbox"/> II. 台北市 <input type="checkbox"/> III. 其他縣市(苗栗、新竹、桃園、宜蘭) <input type="checkbox"/> IV. 台中縣(區域表:如台中市區域表以外的地區) <input type="checkbox"/> V. 台中市(區域表:北(屯)區、西(屯)區、南(屯)區、中區、東區) <input type="checkbox"/> VI. 其他縣市(彰化、嘉義、南投、雲林、花蓮) <input type="checkbox"/> VII. 台南、高雄 <input type="checkbox"/> VIII. 屏東 <input type="checkbox"/> IX 連鎖藥局(例如:大樹、春天、福倫,躍獅、新高橋...等) 藥廠&藥事機構 <input type="checkbox"/> 藥廠 <input type="checkbox"/> 藥事機構				

備註：同學放棄實習需提出申請，申請案提經藥學系見、實習委員會核備後，該年度不再分發實習且隔年不具高年級實習優先分發權利

學生簽名：

日期：

藥學系見、實習委員會負責老師：

執行秘書：

系主任：