**中臺科技大學醫療暨健康產業管理系實習生簽到表**

**實習單位：**

**年 月 學號： 實習生姓名：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **實習生** | | **實習單位** | **實習主管簽章** | **備註** |
| **簽到** | **簽退** |
| **1日** |  |  |  |  |  |
| **2日** |  |  |  |  |  |
| **3日** |  |  |  |  |  |
| **4日** |  |  |  |  |  |
| **5日** |  |  |  |  |  |
| **6日** |  |  |  |  |  |
| **7日** |  |  |  |  |  |
| **8日** |  |  |  |  |  |
| **9日** |  |  |  |  |  |
| **10日** |  |  |  |  |  |
| **11日** |  |  |  |  |  |
| **12日** |  |  |  |  |  |
| **13日** |  |  |  |  |  |
| **14日** |  |  |  |  |  |
| **15日** |  |  |  |  |  |
| **16日** |  |  |  |  |  |
| **17日** |  |  |  |  |  |
| **18日** |  |  |  |  |  |
| **19日** |  |  |  |  |  |
| **20日** |  |  |  |  |  |
| **21日** |  |  |  |  |  |
| **22日** |  |  |  |  |  |
| **23日** |  |  |  |  |  |
| **24日** |  |  |  |  |  |
| **25日** |  |  |  |  |  |
| **26日** |  |  |  |  |  |
| **27日** |  |  |  |  |  |
| **28日** |  |  |  |  |  |
| **29日** |  |  |  |  |  |
| **30日** |  |  |  |  |  |
| **31日** |  |  |  |  |  |

**註：1.如實習學生有缺、曠情形，請實習單位主管於備註欄註明時數。**

**2.實習期間，若有特殊狀況，請與(04)22391647轉7201中臺醫管系聯繫。**