**元培醫事科技大學學生實習**

**申訴/意外與職災/機構轉換與終止 處理紀錄表**

年 月 日

|  |
| --- |
| 1. 學生: 系: 班級: 學號: |
| 通訊地址:  連絡電話(住家): (手機): |
| 實習時間: 年 月 日 **開始**至 年 月 日 **結束**  擔任職務: |
| 1. 實習機構名稱:   實習機構輔導老師姓名: 機構輔導老師電話: |
| 1. 學校實習訪視老師姓名:   是否與實習訪視老師先行協調與處理: □有 □無 |
| 1. 處理事項: □申訴處理 □機構轉換 □終止實習 □意外與職災   □其他事項:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. 事件原因與內容: |
| 1. 處理過程與結果 |
| 1. 檢附相關證明資料： □有 □無   資料名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 紀錄訪視教師簽章:日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

系主任簽章: 教務處

實習組：