社團法人臺灣職能治療學會優良職能治療臨床實習學生申請表

附件一

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 |  | | 身份證字號 |  | 二吋照片 |
| 出生年月日 | 年　 月　 日 | | 性　　別 | □男 　　□女 |
| 電子郵件 |  | | 聯絡電話 |  |
| 通訊地址 |  | | | |
| 就讀學校 |  | | | |
| 對象資格 | □當學年度畢業生 □本會學生會員 | | | |
| 第一梯實習單位：  第一梯實習期間：　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 | | | | | |
| 第二梯實習單位：  第二梯實習期間：　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 | | | | | |
| 第三梯實習單位：  第三梯實習期間：　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 | | | | | |
| 優良事蹟內容（請自填） | | | | | |
| （簡述關於職能治療臨床實習表現優良事蹟。可自行增列行數）  　申請人簽名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_申請日期：　　年　　月　　日  本人保證以上事蹟及所附資料全部屬實，如有不實或實習有關之不法不當情事，同意依相關規定處理，絕無異議。 | | | | | |
| 審查項目 | | 得分 | | 綜合審查項目與評語 | |
| 臨床實習表現及成績 | |  | |  | |
| 其他優良事蹟 | |  | |
| 學生會員年資  （加分項目） | |  | |
| 審查總得分 | |  | |
| 審查結果 | | □通過  □不通過 | | | |
| 專業品質委員會  主任委員簽章 | | 日期： 年　月　日 | | 總召集人簽章 | 日期： 年　月　日 |
| 注意事項：  1、請應於申請時間內檢送推薦函、申請表及佐證附件等，並依本會公告方式逕送本會進行審核，逾期恕不受理。  2、本表格粗框內之審查項目、得分、綜合審查項目或評語、審查結果、簽章請勿填寫。 | | | | | |