

長庚科技大學保健營養系學生實習狀況反應單

申請日期： 年 月 日

姓名		班級	
學號		連絡電話	
實習機構單位			
事由說明			
處理方式 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 教師給予關懷協助和指導。 <input type="checkbox"/> 教師協調實習機構調整和改善。 <input type="checkbox"/> 轉換實習單位：_____ <input type="checkbox"/> 暫停實習 <input type="checkbox"/> 終止實習		

實習學生：

實習指導教師：

導師：

系主任：