|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 實習醫院名稱 |   | 機構地址 |   |
| 學生班級： 實習期間： 年 月 日 至 年 月 日 |
| 訪視日期: 年 月 日 實習指導老師簽名： |
| 學生學號及姓名：  |
| 學生實習表現 |  |
| 訪視重點內容 |  |
| 實習指導老師意見 |  |
| 護理科處理情形 |  |
| **訪視教師簽章**  | **實習組簽章** | **護理科****主任核章** | **通識中心主管核章**(通識教師適用)  |
|  |  |  |  |
| **訪視輔導照片(至少4張)** |
|  |  |
| 說明：  | 說明：  |
|  |  |
| 說明：  | 說明：  |

備註：表格不敷使用，請逕行展延。