

附件一

臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院

臨床選習申請書

申請人	姓名		性別		出生 年月日		照片黏貼處
	戶籍地		身分證字號				
	聯絡電話	連絡電話:					
	戶籍地址						
	聯絡地址						
就讀學校	校名						
	☐ 五專 ☐ 二技 ☐ 四技 ☐ 大學						
	科系				年級		
	學業總成績				操行成績		
欲申請臨床選習期間： 自____年____月____日 起 至 ____年____月____日止。(至少二週) 是否須住宿： ☐ 是 ☐ 否							
檢附資料： ☐ 申請書 ☐ 師長推薦函 ☐ 學業成績單							
致 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 審核							

