佛光大學心理系學生見習期間相關事項申請表

申請日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請人姓名 |  |
| 申請見習期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| 見習單位名稱 |  (請填入醫院名稱全銜及科室) |
| 事項內容 |
| 見習評量 | □以電子郵件方式給予臨床督導(提供收件人姓名、職稱及電子郵件，紙本回郵信封由系辦提供，請於實習期間擇期至系辦領取) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□以紙本郵件方式給予臨床督導(提供收件人姓名、職稱及地址)  |
| 其他(請詳盡描述) |  |