

慈濟大學 學位學程辦公室
行政助理 黃周玉琴 小姐
Tel: (03)856-5301#2011
Fax: (03)857-3053

轉譯醫學學位學程 實習同意書

Student's Name : _____

Student ID No. _____

PI's Name : _____

PI's Institute or Center: _____

Rotating Lab Rm. # : _____

Rotation Time: from _____ to _____

Student's Signature :

PI's Signature :

Date : _____ / _____ / _____ (mm/dd/yy)

※請各位同學於 Lab Rotation 開始 2 週前，將本表回傳至校方學程辦公室
(Fax: (03)8573053)，以利後續行政作業，謝謝您！
※此同意書正本，請各位學生自行留存。