

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院醫事實習學生請假單

姓 名		實 習 科 部			
聯 絡 電 話					
假 別		事 由	(請詳細填寫因何事或何病)		
請假 時間	自 年 月 日	上午 時起	共 日 時	證 明 文 件	至 年 月 日 下午 時止
申請人簽章		實習單位			
		指導老師	主管核章		
備 註	實習(非醫)學生請假單須經實習單位主管核章後再送達教學部存查。				