

慈濟大學 學位學程辦公室  
行政助理 曾慧文 小姐  
Tel: (03)856-1825#2145  
Fax: (03)857-3710

## 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)857-3710)，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。