

義守大學職能治療學系學生臨床實習機構調查表

機構單位名稱：_____醫院_____ (部)科

地址：_____

專任職能治療師人數 心理職能治療 _____人

其他 _____人

OT 分級制：OT₄_____人；OT₃_____人；OT₂_____人；OT₁_____人

同一時間可指導本校實習學生人數(能提供的實習員額):

心理職能治療 _____人/每梯，共三梯

其他 _____人/每梯，共三梯

是否有收其他學校實習生：是 否

台大 輔大 長庚 中山醫 亞大 大葉 成大 高醫 仁德 樹人

是否通過教學醫院評鑑：是 否

實習費用：_____元

告知本系的事項 _____

臨床實習教學負責人

姓名：_____

職稱：_____

聯絡電話：_____

手機：_____

電子郵件：_____

填表人/職稱：_____

註：請協助填寫本調查表，並於 115 年 1 月 16 日前傳真至 07-6155150 或 email 回
覆: yacingsyu@isu.edu.tw 許老師 (Tel:07-6151100 ext 7624)。感謝您的協助。