附件2

|  |
| --- |
| 實習學校:科系:實習期間： |
| 編號 | 學生姓名 | 身分證字號 | 出生年月日 | 連絡電話 | 胸部X光 | B型肝炎抗原 | B型肝炎抗體 | C型肝炎抗體 | 備註 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

❖請學校務必確認學生各項檢驗結果，並於學生報到前繳交符合本項結果之檢查報告(須包含一般體檢身高、體重、血壓、精神狀況)

❖請確認上述資料為1年內之檢查結果。

學校用印處: