**馬偕醫學院生物醫學研究所**

**暑期大專生研習申請表(馬偕醫學院校內版)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 實習生 | 中文姓名： | 出生日期： 年 月 日 |
| 性別： | 手機 |  |
| 學系 |  | 年級 |  |
| 電子信箱 |  | 居住地址 |  |
| 簡歷(自我介紹) |  |
| 曾修習之生醫相關課程 |  |
| 緊急連絡人 |  | 電話 |  |
|  |

* **本校大學部同學請填妥上方申請表資料，逕行與有興趣參與其實驗室研習之生醫所專任教師聯繫，確認後經雙方簽名，再繳交申請表至生醫所辦公室(期限: 111/5/24(二)17:00前)**

 **申請人簽名: 日期: 年 月 日**

**生醫所教師簽名: 日期: 年 月 日**