請粘貼

1吋

半身照片

**馬偕學校財團法人**

**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 |  |
| 緊急聯絡人 | （關係：　　　） | 聯絡電話 | 手機： |
| 住家： |

* **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，經雙方簽名後，於113/5/20（一）17:00前繳交至生醫所辦公室。**

**申請學生簽名： 　　　 日期： 年 月 日**

**生醫所教師簽名： 　 　　　 日期： 年 月 日**

**存褶封面影本黏貼處**

**（俾利倘有本校退費匯款之用）**

|  |
| --- |
|  |