

【_____高中學校參訪中山醫學大學申請表】

申請日期：____/____/____

學校名稱		聯絡人姓名	/ (職稱)
聯繫單位		聯絡人電話	
電子信箱			
參訪時間	日期：____年____月____日 時段： ☐ 上午 ☐ 下午 ☐ 全天 回程時間若需提早或非上述選項請註明參訪時間點：		
參訪目的 請以院為單位提出申請 (學系可複選)	學系簡介-醫學院： ☐ 醫學系 ☐ 心理學系 ☐ 護理學系 ☐ 醫學社會暨社會工作學系 學系簡介-口腔醫學院： ☐ 牙醫學系 學系簡介-醫學科技學院： ☐ 物理治療學系 ☐ 職能治療學系 ☐ 生物醫學科學學系 ☐ 語言治療與聽力學系語言治療組 ☐ 醫學檢驗暨生物技術學系 ☐ 語言治療與聽力學系聽力組 ☐ 醫學影像暨放射科學系 ☐ 視光學系 學系簡介-健康管理學院 ☐ 營養學系 ☐ 公共衛生學系 ☐ 職業安全衛生學系 ☐ 醫學資訊學系 ☐ 醫學應用化學系 ☐ 健康產業科技管理學系 ☐ 醫療產業科技管理學系 ☐ 應用外國語言學系		
帶隊老師	單位： 職稱： 姓名： 手機號碼：		
參訪學生	☐ 高一 ☐ 高二 ☐ 高三 ☐ 一類組 ☐ 二類組 ☐ 三類組 ☐ 不分組		
參訪人數	_____人		
交通	☐ 自行前往 ☐ 遊覽車(請於參訪前三天提供車號及聯絡電話) ☐ 其他_____		
特殊事項說明			

*申請表填寫完畢，請以 E-mail(cs168@csmu.edu.tw)提供，並致電本校教務處招生組承辦人員(04-36097156)，確認申請內容。