



_____高中學校參訪申請表

申請日期：

學校名稱		聯絡人姓名	
承辦單位		聯絡人電話	
電子信箱			
參訪時間	日期：____年____月____日 時段： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午		
學系簡介 (參訪以院為單位)	<p>學系簡介</p> <p>醫學院：</p> <p><input type="checkbox"/>醫學系 <input type="checkbox"/>心理學系</p> <p><input type="checkbox"/>護理學系 <input type="checkbox"/>醫學社會暨社會工作學系</p> <p>口腔醫學院：</p> <p><input type="checkbox"/>牙醫學系</p> <p>醫學科技學院：</p> <p><input type="checkbox"/>物理治療學系 <input type="checkbox"/>職能治療學系</p> <p><input type="checkbox"/>生物醫學科學學系 <input type="checkbox"/>語言治療與聽力學系語言治療組</p> <p><input type="checkbox"/>醫學檢驗暨生物技術學系 <input type="checkbox"/>語言治療與聽力學系聽力組</p> <p><input type="checkbox"/>醫學影像暨放射科學系 <input type="checkbox"/>視光學系</p> <p>健康管理學院</p> <p><input type="checkbox"/>營養學系 <input type="checkbox"/>公共衛生學系</p> <p><input type="checkbox"/>職業安全衛生學系 <input type="checkbox"/>醫學資訊學系</p> <p><input type="checkbox"/>醫學應用化學系 <input type="checkbox"/>健康產業科技管理學系</p> <p><input type="checkbox"/>醫療產業科技管理學系 <input type="checkbox"/>應用外國語言學系</p>		
當天帶隊老師	姓名：	手機號碼：	
參訪學生	<input type="checkbox"/> 高一 <input type="checkbox"/> 高二 <input type="checkbox"/> 高三 <input type="checkbox"/> 不分年級 <input type="checkbox"/> 一類組 <input type="checkbox"/> 二類組 <input type="checkbox"/> 三類組 <input type="checkbox"/> 不分組		
	參訪人數_____人(50人為上限)		
備註			

*申請表請回傳(cs168@csmu.edu.tw)，並請來電招生組胡佳伶小姐(04-24730022 #11130)。