|  |
| --- |
| **中華醫事科技大學實習合作機會調查表**  |
| 企業名稱  |   |
| 聯絡人姓名職稱  |   | 電話  |  |
| 電子信箱  |   | 傳真  |  |
| 聯絡地址  |   |
| 公司簡介 |  |
| 營業項目 |  |
| **徵才對象：**符合貴公司之人力需求☐四技☐二技☐五專☐二專 |
| 醫事學院 | 護理學院 | 民生學院 |
| ☐醫學檢驗生物技術系(所) (科)☐語言治療系☐視光系(所) (科)☐製藥工程系(所) (科)☐生物醫學及美容保健科☐寵物照護與美容系(科)☐化妝品應用與管理系 | ☐護理系(科)☐長期照顧經營管理系☐調理保健技術系(科)☐醫務暨健康事業管理系 | ☐食品營養系(科)☐餐旅管理系☐環境與安全衛生工程系☐職業安全衛生系(所) (科)☐消防安全學士學位學程☐運動健康與休閒系☐幼兒保育系(科) |
| 實習期間與人數需求： |
| ☐寒暑期：　　　人 | ☐學期：　　　　人 | ☐學年：　　　　人 |
| 實習生專長/能力需求  |  |
| 預定安排工作部門或單位  |   |
| 願付薪資  | ☐法定最低月薪資： 　　　　 元 ☐時薪： 　　　　 元／小時 ☐生活津貼： 　　　　　　　 元☐獎助學金： 元☐其他： ☐特殊班別另有津貼 　　　　元 |
| 膳食住宿 | ☐是(供應當值膳食) ☐否  | 提供宿舍: ☐是 ☐否  |
| 制服保險 | ☐是 ☐否  |  ☐勞保 ☐健保 ☐其他 |
| 提供福利  | ☐表現良好就業優先錄取 ☐其他：  |
| 提供教育訓練內容  | ☐是 ☐否 訓練內容： |
| 備註：回傳後，請來電確認，以利提供學生選填企業之參考依據。承辦人：王淑芬小姐，聯絡電話：06-2671214分機331，傳真：06-3369552地址：54541台南市仁德區文華一街89號，E-mail: internshiphwa@gmail.com |