

附件一：授課老師同意書

茲同意本系學生\_\_\_\_\_因修習  
\_\_\_\_\_課程，需至凱旋醫院見習，  
見習期間為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_  
月\_\_\_\_\_日止，共計\_\_\_\_\_個月。

見習生：

就讀學校：

授課督導老師：