

康寧醫護暨管理專科學校

輔導學生參加技能檢定輔導計畫

- 一、科系名稱：
- 二、輔導教師：
- 三、輔導證照：
- 四、輔導日期：
- 五、輔導地點：
- 六、課程進度說明：

日期	時間	授課內容或課程大綱	授課教師姓名	參與人數
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
總計	開設	小時		

- 七、輔導對象：
- 八、預定檢定日期
- 九、預期成效

康寧醫護暨管理專科學校

輔導學生參加技能檢定輔導計畫執行成果

一、輔導證照：

二、實際參加學生人次(附簽到表、上課講義、上課照片等)

授 課 照 片 說 明	授 課 照 片 說 明
授 課 照 片 說 明	授 課 照 片 說 明

三、檢定成果

檢定日期		報名人數	
考取人數		考取率	
錄取名單	証照名稱	錄取名單	証照名稱

四、檢附學生考取証照影本

康寧醫護暨管理專科學校校外實習機構資料

學年度： 科別： 編號：

實習機構名稱		機構員工 人 數	
實習機構地址			
實習職務名稱		實習人數	
機構聯絡人	姓名：	電話：	E-Mail：
指導老師	姓名：	電話：	E-Mail：
實習期間	自_____年_____月_____日起 至_____年_____月_____日 共計實習時數 _____小時		
意外險/勞健保	是否投保意外險 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 投保金額：_____萬 是否有勞健保 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
實習合約	是否簽訂實習合約 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ◎如有簽定合約，請附合約影本。		
實習機構篩選	實習機構是否通過科務會議或科級實習委員會 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ◎如經過以上會議，請附合約影本。		
實習費用	實習是否繳交費用 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每人：___元 總計金額：_____元		
薪 資	實習是否有薪資 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 月薪制 _____月/元 <input type="checkbox"/> 時薪制 時薪：_____時/元	是否提供加班費 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
福 利	是否享有員工福利 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否享有週休二日 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
實習時段	<input type="checkbox"/> 一般正常上下班時間 <input type="checkbox"/> 採輪班制		

填表人：_____ 日期：_____