

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校____學年度實習機構基本資料表

科別：美容造型科 實習期間：____年____月____日至____年____月____日止

公司名稱			
負責人		統一編號	
聯絡人		職稱	
聯絡電話	()	傳真	
公司地址	□□□		
E-mail			
公司簡介			
營業項目			
實習需求/條件			
膳宿狀況	<input type="checkbox"/> 供餐： <input type="checkbox"/> 早 <input type="checkbox"/> 午 <input type="checkbox"/> 晚 <input type="checkbox"/> 供宿 <input type="checkbox"/> 膳宿自理	休假方式	
勞健保	勞保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他福利
	健保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
實習內容			<input type="checkbox"/> 不支薪 <input type="checkbox"/> 月薪_____元 <input type="checkbox"/> 時薪_____元
			提供名額
實習機會來源	<input type="checkbox"/> 廠商申請 <input type="checkbox"/> (推薦老師姓名) 老師推薦 <input type="checkbox"/> (推薦學生姓名) 學生申請 <input type="checkbox"/> 其它		