

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校 美容造型科

校外實習學生重補修課程同意書

本人 \_\_\_\_\_ 為新生學校財團法人新生醫護管理專科學校美容造型科學生，  
(班級： \_\_\_\_\_ 學號： \_\_\_\_\_ )，為增進個人專業能力與實務經驗，  
自民國 113 年 9 月 1 日起至民國 113 年 12 月 31 日止(上列期間未含本人與廠商簽訂之自願延長實習  
期間)，前往實習單位進行實習。徵求實習機構及家長同意，擬返校重補修以下課程。

學期別	課程名稱	上課班級	上課時間

以上，茲同意學生返校修課。

此致

新生學校財團法人新生醫護管理專科學校美容造型科

學生姓名 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (簽章)

家長姓名 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (簽章)

科主任 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (簽章)

實習機構名稱 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (公司章)

實習單位主管 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (簽章)