**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輔導記錄表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 實習機構：  實習日期：　　　年　　　月　　　日　至　　　　年　　　月　　　日  班級：　　　學號：　　　　　　姓名：　　　　　　　聯絡電話： | | | |
| 輔導日期 |  | 實習輔導教師 |  |
| 學生行為表現 |  | | |
| 輔導紀錄 |  | | |
| 特殊處理 |  | | |
| 轉介  心諮中心 | □不需要  □需要，轉介日期：　　年　　月　　日 心諮中心： | | |

實習輔導教師： 科主任：

**※註：請將本表單與學生校外實習不適應轉換機構、終止實習申請表一同送至研發處審查。**