浙江大学公共卫生学院本科生自行联系实习单位申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 学号 |  |
| 学生手机号 |  | 父/母手机号 |  |
| 学院（系） |  | 专业 |  |
| 实习课程名称 |  | 实习起止日期 |  |
| 实习单位名称 |  | 单位联系人 |  |
| 单位通讯地址 |  | 联系人手机号 |  |
| 申请人承诺：本人自愿申请去 实习，实习期间遵守学校和实习单位有关规定，与校内实习指导教师保持联系，按课程要求完成实习任务并按期回校，实习期间注意自我安全保护，承担因实习发生的相关费用。申请人签名： 年 月 日家长签字： 年 月 日 |
| 接收单位意见： 接收单位签章： 年 月 日指导教师签名（盖章）： 年 月 日 |
| 学院审批意见： 学院负责人意见： 年 月 日 学生所在院（系）负责人签字：（公章） 年 月 日年 月 日  |

说明：1.自行联系的单位必须为疾控部门。2.提交申请的同时请附实习单位签章的实习轮转表或相关证明。3.经批准方可前往自行联系的实习单位实习。实习结束后第一周内提交具有实习单位实习评定意见的实习手册。

|  |
| --- |
| **浙江大学公共卫生学院2018级预防医学专业实习轮转表** |
| **填写单位（盖章）**  |
| **处所** | **轮转时间** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |