

113 年應屆畢業生薦送名冊

學校：

推薦名額： 名

編號	姓 名	科系名稱	學業 成績	實習 成績	操行 成績	備註	預計參加場次
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午
							<input type="checkbox"/> 第一梯次 4/20 下午 <input type="checkbox"/> 第二梯次 5/3 下午

※請於 4 月 10 日前將本表填妥寄回，以利甄試進行。

※地址：(106)台北市仁愛路四段 280 號 國泰綜合醫院 護理部

※聯絡人：護理部黃安琪小姐

TEL：(02)2708-2121 轉 3940

FAX：(02)2709-7911

E-MAIL: ja51@cgh.org.tw

※貴校薦送作業聯絡人：

姓 名：_____ 職 稱：_____

聯絡電話：_____ 傳 真：_____