

附件四、中山醫學大學學生校外實習權益申訴書

編號：_____

申訴人	系 級： 學 號： E-mail：	姓 名： 聯絡電話：
實習機構(單位)		申訴對象
事件背景	實習課程名稱：_____	
	事件發生時間：_____	
	事件發生地點：_____	
申訴主旨		
申訴理由 (詳細說明)		
申訴人簽名		申訴日期 年 月 日

< 以下欄位由學校填寫 >

系所印章	收件日期
	年 月 日
輔導教師簽名：	
系主任簽名：	

說明：

1. 本書所載內容應客觀，佐證資料應詳實。附件資料應黏貼整齊於後。
2. 請具名據實填寫，絕對保密個人資料，凡匿名者皆不予受理。
3. 嚴禁誣陷、黑函及攻訐性文字。