**臺中榮民總醫院 復健部/耳鼻喉頭頸部**

編號： \_\_\_

**語言治療實習生 實習申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 就讀學校 |  |
| 生日 |  / /  | 性別 | 男/女 |    照片黏貼處 |
| 聯絡電話 |  |
| E-mail  |  |
| 通訊住址 |  |
| 自我介紹影片連結 |  |
| 實習組別(請擇一) | * A組 114年7月至115年4月
* B組 115年1月至115年7月
 |
| 專長 |  |
| 在校社團或服務經歷 |  |
| 見習/實習經歷 | （請詳述見習/實習時間、項目和時數） |
| 實習計劃 | 實習動機:實習期望:學習目標:想像中的實習生活: |

請回答下列問題（全部內容以一頁A4為限，字體12）

Q1:在實習過程中，如果遇到一起實習的夥伴終止實習。請問你有什麼想法？

Q2：面對病人提問的是你完全不理解的問題，請問你會怎麼處理？

Q3：如果在你治療病人的過程中，臨床老師突然情緒崩潰，大哭跑出治療室，留下你跟病人面面相覷，請問你會怎麼做？

Q4：請問你覺得自己最有可能因為什麼原因終止實習？

 　　　 　填表日期：

申請人簽名：