

高雄醫學大學牙醫學系

__學年度__學期 實習醫院訪視記錄

訪視日期		訪視場域名稱	
事由	<input type="checkbox"/> 例行訪視 <input type="checkbox"/> 特殊事件訪視 <input type="checkbox"/> 其他：		
受訪學生	訪視紀錄老師：		
臨床指導老師			
訪談內容			
實習學生 心得或建議			
臨床指導老師/ 系所實習教師 建議與輔導			
照片			

系所主任用印：