**邵阳学院医学类学生分散实习申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 | | 王承芳 | | 性别 | 女 | | 专业班级 | | 临床11班 | | | 联系电话 | 15673908542 |
| 实 习 名 称 | | | 临床实习 | | | 实习起止时间 | | | | 2021 年 6月 日— 2022年 3月 日 | | | |
| 实习单位名称 | | | 南华大学第一临床医学院 | | | | | | | | | | |
| 实习单位地址 | | | 衡阳市船山路69号 | | | | | | | | | | |
| 实习单位联系人 | | | 袁萍 | | | | | 联系电话 | | | 13974794369 | | |
| 申请分散实习的理由：  本人系临床11班学生，经过老师耐心细致的教育、自己的努力，已经完成了5年学制的理论基础知识的学习，为了更好地巩固和拓宽所学的专业理论知识，做到学以致用，提高观察问题和解决问题的能力积累实际工作经验，本人特申请分散实习。 | | | | | | | | | | | | | |
| **学生承诺：**  **本人在实习期间，严格要求自己，遵守国家法律法规和学校及实习单位的各项规章制度，按照邵阳学院实习相关管理办法和实习计划完成好实习任务；注意医疗安全和人身安全，并对自己在实习期间的行为和安全负完全法律责任；实习结束后，按时返校参加实习考核**。  学生签名： 年 月 日  家长签名： 年 月 日  家长电话： | | | | | | | | | | | | | |
| 实习  接收  单位  意见 | 签名（公章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 教学单位意见 | 签名（公章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 医学院意见 | （公章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：本表原件由学生所在教学单位保管，学生本人、接收单位各持复印件一份。