

臺北醫學大學 口腔醫學院 口腔衛生學系
新南向短期境外產業研習甄選申請書

學院共同課程： 國際口腔醫學見習

學校名稱	臺北醫學大學	學系	口腔衛生學系	人頭照片
姓 名		學號		
出生日期	年 月 日	性別	☐ 男 ☐ 女	
手機電話		E-mail		
通訊住址				
申請單位	☐ 馬來西亞吉隆坡國際牙醫中心 114.08.01-08.31			
核定名額	4 位 (提供機票費及住宿)			
請於 05 月 09 日 前，備齊以下資料送至系辦公室： 1. 中文申請書正本(親簽)；家長同意書(親簽) 2. 中英文研習計畫書 3. 語文能力調查表及附上證明 4. 歷年成績表正本 申請人簽名： _____ 中華民國 114 年 月 日				
申請新南向短期境外產業研習 家長同意書 學生姓名： _____ ☐同 意 ☐不同意 此次學生申請之短期境外研習 家長親簽： _____ 關 係： _____ 連絡電話： _____ 簽名日期： _____				

臺北醫學大學 口腔醫學院 口腔衛生學系

新南向短期境外產業研習甄選申請

中英文研習計畫書

年級：_____ 學號：_____ 學生姓名：_____

內容含參與申請動機與學習方向，及其他有利審查之文件、證明等

（如列出曾參與之校內外國際交流活動/系上活動等）

臺北醫學大學 口腔醫學院 口腔衛生學系

新南向短期境外產業研習甄選申請

語文能力調查表及提供證明

年級：_____ 學號：_____ 學生姓名：_____

外語-英文

聽--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

說--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

讀--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

寫--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

外語-日文

聽--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

說--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

讀--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

寫--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

外語-其他語言_____

聽--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

說--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

讀--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通

寫--☐不懂 ☐略懂 ☐懂 ☐通 ☐流利 ☐精通