

臺北醫學大學 口腔醫學院 口腔衛生學系
短期境外研習甄選申請書

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
手機電話		E-mail		
通訊住址				
申請單位 核定名額	<input type="checkbox"/> 日本東京科學大學 115.06.22-06.26 名額 3 位 <input type="checkbox"/> 日本九州齒科大學 115.06.29-07.03 名額 4 位 <input type="checkbox"/> 日本廣島大學 115.07.06-07.10 名額 3 位 <input type="checkbox"/> 日本北海道醫療大學 115.07.13-07.17 名額 3 位 (需自費。國際處上課累積滿 10 天者可申請補助，5/15 前自行申請)			
請於 04 月 14 日 前，備齊以下資料送至系辦公室： <ol style="list-style-type: none"> 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 115 年 月 日		
申請短期境外研習 家長同意書				
學生姓名： _____				
<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 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

短期境外研習甄選申請

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