

臺北醫學大學轉譯醫學博士學位學程
Ph.D. Program for Translational Medicine
秘書 何御鈴小姐
Tel: (02)2736-1661#7603
Fax: (02)6638-7537
E-Mail: yuling0208@tmu.edu.tw

實習同意書

Training Agreement

Student's Name: _____

Student ID No. _____

PI's Name: _____

PI's Institute or Center: _____

Rotating Lab Rm. # : _____

Rotation Time: from _____ **to** _____

Student's Signature: _____

PI's Signature: _____

Date: / / (mm/dd/yy)

※ 請各位同學於**Lab Rotation**開始2週前，將本表回傳給學程秘書，以利後續行政作業，謝謝您!

※ 此同意書正本，請各位學生自行留存。