**大葉大學校外實習保險清冊**

收件日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 投保系所 | |  | | | 投保總人數 | |  | | 實習機構名稱 | |  |
| 課程屬性 | | □課程名稱\_\_\_\_\_\_\_。  □未配合課程。 | | | 學分數 | | □有，\_\_\_\_學分。  □無。 | | | | |
| 序號 | 學生姓名 | 學號 | 身份證字號 | | 出生年月日 | 實習地點 | 實習日期  (起訖日) | | | 投保期程 | |
| 1 |  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 2 |  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 3 |  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 4 |  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 5 |  |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 系所承辦人蓋章 | | | | 系主任蓋章 | | | | 學務處職涯發展中心 | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |

~表格不敷使用，請自行增加~

【附註】

1. 本投保期程方案僅分為四類。如不足1個月，請以1個月為投保期程，以此類推。
2. 因保險公司作業期程關係，**請各系於當月20日前提供次月欲前往校外實習之投保名單**，以利進行承保。
3. 本校校外實習保險聯絡人：學務處職涯發展中心/賴惠萍，分機1246，e-mail【[huiping@mail.dyu.edu.tw](mailto:huiping@mail.dyu.edu.tw)】。