**國立嘉義大學獸醫學系「校外獸醫實務技術實習」**

**實習機構同意書**

茲同意國立嘉義大學獸醫學系學生○ ○ ○自   年   月    日至    年    月    日至○○○○○○○（實習機構名稱）進行實習，將協助指導並考核學生實習表現。

此致

國立嘉義大學獸醫學系

實習機構：

機構地址：

聯絡電話：

負責人： （簽章）

實習學生： （簽章）

聯絡電話：

緊急聯絡人：

緊急聯絡人電話：

中 華 民 國 年 月 日