

崇仁醫護管理專科學校____學年度**弱勢**生活服務學習考核表

學制	科別	班級	學號	身份證字號	姓名
<input type="checkbox"/> 五專 <input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> _____					
聯絡地址				聯絡電話	住家： 手機：
工 作 考 核	工作態度	工作能力	工作效益		【備註】 工作考核 共分五等： 1. 優 2. 良 3. 可 4. 平 5. 不再錄用
工作日期/時段/時數		(服務學習單位：_____)工作記錄			服務學習單位 負責人簽章
本 頁 合 計					小時