**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校**

**專任教師深度實務研習成效考核表**

□ 深度實務研習

□ 醫事人員職業登記及繼續教育積分

研習期間： 年 月 日 至 年 月 日

研習時數：共計 小時/ 天

教師姓名:（系所）

(姓名)

□ 檢附研習時數證明(須加蓋主辦單位章)

**成效考核表**

|  |  |
| --- | --- |
| 參與研習對應教學之具體成效、分享與回饋： | **請針對研習課程撰寫實際所學或回饋課程之內容，並以研習課程之內容簡要呈現。**  1.○年○月○日「○○○○」研習/4天32小時  研習課程對應教學成長、教材編列、教學創新…之概述  2.○年○月○日「○○○○」研習/5天40小時  研習課程對應教學成長、教材編列、教學創新…之概述 |