

甘肃医学院见习反馈表

见习单位： _____

课程名称			任课教师	
专业		班级		学生人数
学 时		分组		每组 学生人数
见习 科室			日期 时间	年 月 日 (至)
见习 内容 及 效果 反思				
学生组长（签字）：				
学校任课老师（签字）：				
医院见习带教老师（签字）：				

