**國立臺北護理健康大學 ○○系**

**實習場域要求實習師生自費COVID-19篩檢證明**

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 班級 |  |
| 學號 |  |
| 姓名 |  |
| 實習場域名稱 |  |
| 實習期間 |  |
| 篩檢方式 | □ PCR  □ 抗原快篩  □ 快篩試劑 |
| 實習場域要求  篩檢頻次 | □ 實習開始前篩檢  □ 實習期間每週篩檢，共實習 週。  □ 實習場域評估高風險者應進行篩檢，  應篩檢期間為 (請填日期)。 |
| 實習場域用印 |  |