

交通大學運動保健防護服務申請表

申請日期: 年 月 日

申請人姓名：		連絡電話：	
所屬代表隊：		教練簽名：	
申請保健防護服務原因 (請詳述受傷原因及目前狀況)：			
以下由體育室及保健員填寫			
覆核		批示	
第一次施行日期及時間： (由保健員填寫)	第二次施行日期及時間： (由保健員填寫)	第三次施行日期及時間： (由保健員填寫)	
同學簽名： (請在保健服務後簽名)	同學簽名： (請在保健服務後簽名)	同學簽名： (請在保健服務後簽名)	
第四次施行日期及時間： (由保健員填寫)	第五次施行日期及時間： (由保健員填寫)	*本申請表核准後有效期限為 2 個月，超過後請重新申請 方可適用。	
同學簽名： (請在保健服務後簽名)	同學簽名： (請在保健服務後簽名)	*每張申請表最多可適用 5 次 保健服務，請在每次防護後 填寫施行日期及簽名。	

保健建議(由保健員填寫並簽名)