**新生學校財團法人新生醫護管理專科學校**

附件二

**B-1課業學習獎勵金輔導紀錄表**

**(請以正楷填寫)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **學制/科別年級** | 5N520 | **學號** |  | **姓名** |  |
| **課程輔導/活動****承辦單位** |  | **輔導課程/主題名稱** |  |
| **輔 導 日 期** | 自 年 月 日至 年 月 日 ，共計 小時 |
| **學生課業輔導進度簽到與簽核** |
| **上課****日期** | **上課****時間** | **上課****地點** | **課程學習內容** | **學生上課****簽名** | **認證****時數** | **承辦單位核章** |
| 1/1 | 9:00~12:00 |  | 英文初級-現在進行式 | 王小明 | 3 | OOO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| / | ~ |  |  |  |  |  |
| **到課率(由承辦單位填寫)** | **實際輔導 小時**，**共 %** |
| 1. 學生進行輔導必須為**非正課時間，請安排在正課以外之時間**。
2. 輔導開始日與結束日必須與輔導日期時間符合一致，**認證時數必須與實際輔導時間符合一致**。
3. 當天輔導結束後請填寫日期和認證時數並給予承辦單位核章。
4. 可附上相關其他相關佐證，格式不限，加以佐證自己的依據。如:簽到表、研習證書、課堂作品等。
 |