

## 臺北醫學大學食品安全學系

## 學習成果自我評核調查表

學生基本資料			
姓 名		系 級	
學 號		聯絡電話	
實習單位資料			
實習單位		實習部門	
實習日期	年__月__日至 年__月__日		
實習內容			
實習成果自我評核			
該單位是否有指派專人協助指導？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無。原因：		
該單位承辦人員是否詳細指導工作內容？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
該單位所交辦的事項你(妳)是否如期完成？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
你(妳)是否有達成實習單位交辦的工作內容？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
你(妳)個人對於此次產業實習的收穫是否滿意？	<input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意		
此次產業實習的內容是否符合你(妳)個人的期待？	<input type="checkbox"/> 非常滿意 <input type="checkbox"/> 滿意 <input type="checkbox"/> 不滿意 <input type="checkbox"/> 非常不滿意		
你(妳)認為在校所學的是否可應用於職場？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
你(妳)認為此次產業實習對於未來職場選擇是否有幫助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
日後是否會推薦學弟妹參與產業實習？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
實習單位是否提供獎助金？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。原因：		
該職場工作環境是否具備良好的安全防護措施？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是。提供防護措施：		