**中山醫學大學 服務學習講座時數認列**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **演講主題** | **活動日期時間** | **活動聯絡人** | **預計認列時數** |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |
|  | 日期：時間： | 姓名：連絡電話： |  |

備註：

1. 表格不夠使用請自行增列
2. 除本表外請同步提供該場演講之海報
3. **活動結束後請將需認列之名單+回饋表單以excel回傳信箱，並檢附4張活動照片**