

## 中國醫藥大學附設醫院 申請實(見)習需檢附資料

項目	檢附資料	是否完成
一	<p><b>個人資料：</b></p> <p>請填妥實(見)習學生基本資料表，格式如附件一。</p>	
二	<p><b>體檢報告：</b></p> <p>請附上最近一年內身體檢查合格證明，包括一般體檢、B型肝炎抗原及抗體、水痘抗體(IgG)、麻疹抗體(Measles IgG)及德國麻疹抗體(Anti-rubella IgG(MEIA))、胸部 X 光(以三個月內所照為限)等，並請填妥本院 B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單記錄表及水痘暨麻疹及德國麻疹免疫情形紀錄單，格式如附件二。</p>	
三	<p><b>切結書：(共計三份)</b></p> <p>1. 個人資料蒐集告知條款及同意書，格式如附件三。</p> <p>2. 個人資料及智慧財產保密切結書，格式如附件四。</p> <p>3. 保密切結書，格式如附件五。</p>	
四	<p>2 吋彩色照片 2 張(1 張黏貼於學生基本資料表，1 張於背面書寫學校、實(見)習單位、姓名、實(見)習起訖日期)。</p>	

※附註：

- 一、申請本院實(見)習員額之學校，於接獲本院核准同意之公文後，須於實(見)習前二個月備函並檢附上述資料向本院教學部提出申請。
- 二、請務必確認(打勾)學生繳交資料之完整性，不齊全者，恕無法受理實(見)習(共計 5 張表單，並依序裝釘於左上角)。
- 三、上述學生資料，請於實習前一個月紙本郵寄給教學部曾芳儀小姐，以利建檔及職前教育相關權限申請作業。

## 中國醫藥大學附設醫院 實(見)習學生基本資料表

實(見)習日期：自      年      月      日至      年      月      日止      實(見)習生組長(請勾選)

姓 名		性 別		(請自行黏貼照片)
身分證字號		生 日	年    月    日	
學 校		系 級		
電子郵件地址 <small>(必填, 開立線上課程)</small>				
聯絡地址		電 話 手      機		
負 責 老 師		聯絡電話		
緊急聯絡人		關係	聯絡電話	(日) (夜)
聯絡地址				
<b>自 傳</b> (簡要自述及說明對此次實習之期許)				

## 中國醫藥大學附設醫院

## B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

## 實(見)習學生

類別： <input type="checkbox"/> 實習學生 <input type="checkbox"/> 見習學生	
姓名：	
就讀學校：	系級：
實(見)習期間：      年      月      日起至      年      月      日止	
<p><b>B 型肝炎免疫情形切結書：</b></p> <p><input type="checkbox"/>已完成 B 型肝炎篩檢，B 型肝炎抗體 Anti-HBsAb(-)、B 型肝炎表面抗原 HBsAg(+)，帶原者。</p> <p><input type="checkbox"/>已完成 B 型肝炎篩檢，B 型肝炎抗體 Anti-HBsAb(+)、B 型肝炎表面抗原 HBsAg(-)，已具有抗體。</p> <p><input type="checkbox"/>已完成 B 型肝炎篩檢，B 型肝炎抗體 Anti-HBsAb(-)、B 型肝炎表面抗原 HBsAg(-)</p> <p><input type="checkbox"/>完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附疫苗注射證明。</p> <p><input type="checkbox"/>已完成三劑 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，需檢附疫苗注射證明及體檢證明。</p> <p><input type="checkbox"/>未注射 B 型肝炎疫苗，一切後果願自行負責。</p> <p>※因醫院工作者經常性接觸醫療尖銳物品，若不慎扎傷可能遭傳染 B 型肝炎，故 B 型肝炎抗原、抗體檢驗均呈陰性者，應按時接種 B 型肝炎疫苗至產生抗體。</p> <p>本人已知悉，並願意遵守有關規定。</p> <p>本人簽章：_____      日期：      年      月      日</p>	
<p><b>胸部 X 光檢查報告：</b></p> <p><input type="checkbox"/>檢查報告單(第一次報到時應繳交三個月內胸部 X 光報告(護理(科)系所以六個月所照為限)，爾後每次報到時只需檢附一年內之胸部 X 光報告即可)</p> <p><input type="checkbox"/>未進行檢查，請於實(見)習一週內補繳。(若未繳交或報告異常未就醫者，本院將不受理實(見)習)</p> <p>本人已知悉，並願意遵守有關規定。</p> <p>本人簽章：_____      日期：      年      月      日</p>	
學校代表簽章	中國附醫教學部簽章



## 中國醫藥大學附設醫院

## 個人資料蒐集告知條款及同意書

## 實(見)習學生

- 一、 中國醫藥大學附設醫院(以下簡稱本院)因人事管理作業及其他各項機能管理作業需要，需蒐集、處理及利用實(見)習學生之個人資料，包括但不限於姓名、身分證字號、生日、性別、學歷、戶籍地址、聯絡地址、聯絡電話、個人照片、其他足資證明或辨識個人資料之身分文件...等相關資料。
- 二、 本院實(見)習學生所填具之上述資料(含申請實(見)習時填寫或繳交之資料)，僅供本院執行各項管理相關作業使用。
- 三、 實(見)習學生就其提供之個人資料得依個人資料保護法向本院請求查詢、製給複製本、補充更正、請求停止蒐集、處理、利用及刪除等權利。
- 四、 本院蒐集之個人資料為本院執行各項管理相關作業所必須，若提供之資料不足或有誤時，本院將無法辦理實(見)習事宜及投保等作業。

本人已充份瞭解上述告知事項並均予同意。

立同意書人： \_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日



# 中國醫藥大學附設醫院 保密切結書 實(見)習學生

\_\_\_\_\_ (以下簡稱甲方) 因實(見)習需要使用中國醫藥大學附設醫院 (以下簡稱乙方) 之相關資料，甲方對乙方負有保密義務，雙方特立本契約書，以資遵循。

為確保醫療工作之安全與維護病人隱私，甲方願嚴格遵守以下保密約定，且相關之保密義務存續至未來甲方實習結束之後的任何期間均為有效。如有違背以致影響乙方資料安全或傷害病人及其隱私權者，願負相關法律責任：

- 一、本人願遵守醫療法第72條：「醫療機構及其他人員因業務而知悉或持有他人之秘密，不得無故洩漏」及其他法令之相關規定，不得無故洩漏任何醫療資料。若違法願自負賠償及相關法律責任。包括但不限於：病人之身分證號、職業性質、家庭背景、疾病狀態、身體特徵或檢查結果等，均不得任意揭露、公開或散布。
- 二、禁止未經授權而企圖列印、擷取或拍攝病歷資料、醫療資訊、處置及病人個人隱私之行為，如有上述情事發生，願自負賠償及相關法律責任。
- 三、醫院電腦系統之任何檔案資料，包括但不限於：電腦應用軟體、系統規劃設計、病人基本資料、門、急診、住院資料、檢驗(查)報告資料、影像資料、處置、藥品資料等，均不得予以私自複製、以電子郵件傳輸或列印。不得任意安裝程式、更改系統設定或其他技術資料，並將網路位址、帳號密碼外洩於非業務相關之他人。
- 四、因職務知悉或閱覽醫院收發之公文、任何標示有機密或類似字樣之文件，均不得對外界洩漏或交付予任何非職務相關之他人。
- 五、遇有外界來電諮詢個人資料或要求告知個人檢查結果時，依規定應予婉拒。
- 六、若醫院因本人違反上揭條款致受損害，本人願負最終完全賠償責任。
- 七、本切結書之準據為中華民國之法律【包含民法、刑法、醫療法、藥師法、醫事人員相關法律、個人資料保護法等】，並應據以解釋及執行雙方於本合約下之權利與義務。本合約係雙方關於病人隱私資料揭露之唯一合意，取代先前所有口頭或書面之一切溝通與協議。

此致

中國醫藥大學附設醫院

立切結書人： \_\_\_\_\_

中 華 民 國                      年                      月                      日