

國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院
醫事人員實習報到登記表

姓名：	性別：	1 吋照片 (請訂書針固定)
身份證字號：		
生日：民國 年 月 日		
電話/手機：		
電子郵件信箱：		
就讀學校及系所：		
實習單位：		
實習期間(未確定者，可於報到當天填寫)：		
緊急聯絡人：	關係：	電話：
教學研究部： 1. 報到登記表： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 病歷隱私保密切結書： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 實習合約書： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 實習費： <input type="checkbox"/> 免收費 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他：		
<div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 50%; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 請核章 /日期 </div>		
職業安全衛生中心： 1. 一般理學報告： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. B 型肝炎暨 X 光繳交紀錄單： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. MMR 及水痘免疫情形切結書： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他：		
<div style="border: 1px dashed gray; border-radius: 50%; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 請核章 /日期 </div>		
實習單位指導教師及主管： <div style="border: 1px dashed gray; width: 200px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 請核章/日期 </div>		

填表人簽章：

民國 年 月 日

註：1. 此表格請實習單位核章後，繳回教學研究部。

雙面列印

2. 實習結束前請至教學研究部辦理離院手續並繳回識別證。

國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院 病人/病歷隱私保密切結書(實習、代訓)

本人於國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院（以下簡稱本院）實習、代訓期間，非因業務所需不得查詢病人/病歷資料。若因業務需要查詢、使用、保管病人/病歷資料，對於本院各種形式之病人/病歷資料，包括紙本病歷紀錄、聲音、影像或電腦上的病人病歷資訊(例如，姓名、身分證字號、住址、職業性質、家庭背景、醫師書寫的病歷、檢查報告、檢驗報告、影像、疾病狀態、身體特徵、圖片或其他相關資料等)，均負有保密及善良管理人注意義務，並不得無故揭露、公開、散布、損毀或攜出院外，且遵守相關法令、專業準則及院方之規定。

本人無論實習、代訓期間或結束後，若有違反上開規定或無故洩漏上開病歷資料者，願接受台大醫院北護分院之懲處並負一切民事及刑事法律責任。

本人已經詳閱且充分瞭解，並且願意遵守相關規定。

立同意書人簽名：_____

身分證統一編號：_____

就讀學校/系所：_____

中華民國 年 月 日