**臺北市立萬芳醫院 見、實習生同意書**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_自民國 年 月 日起至 年 月 日止，於臺北市立萬芳醫院接受該院 □見習 □實習 教學。

1. 見、實習期間本人願意遵守院方相關規章、人事規則、安全衛生規定及國家法令等，並克盡職守服務病人。
2. 本人同意將個人體檢報告資訊提供給臺北市立萬芳醫院之教學部及實習單位，保障學習權益與安全，並維護實習環境病人安全。
3. 本人必須遵院方之紀律，未經同意絕不對外洩漏院方業務上相關之內容及資料，包括有關醫院營業、營運、財務及病人資料等。
4. 若本人出現身心健康不佳(包含體檢時檢驗出傳染性疾病)或行為不良等狀況或違反第二項之規定時，除依所屬學校校規規定外，嚴重時願意接受院方裁定中止本人之見實習課程，絕無異議。
5. 若有緊急狀況請通知本人之法定代理人/緊急聯絡人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_連絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

(與本人關係\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；電話\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

立同意書人 簽名：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：絡電話：

法定代理人：

中華民國 年 月 日