臺北市立聯合醫院

醫事類別以外學生實(見)習報到須知

壹、實(見)習報到前應繳交文件一覽表

	文件清單	繳交格式	繳交期限	繳交方式
□	1. 學生報到單(附件 1)	WORD	116 年 1 月 18 日(一)下午 17:00 前	以**電子郵件**寄至 A5667@tpech.gov.tw，無需提供紙本資料。
□	2. 大頭照	JPG		
□	3. 保密切結書(附件 2)	PDF		
□	4. 健康調查表(附件 3)	PDF		
□	5. 體檢結果	PDF		
□	6. 實習期間保險證明	PDF	實習報到日前	

貳、實(見)習報到文件注意事項

請於規定期限內備齊資料，資料付之闕如，恐影響實習權益。

一、**【學生報到單】**請於『備註』填寫正確之 EMAIL，以確保後續收到實習報到資訊。

二、**【大頭照】**大頭照用於製作實(見)習識別證，請勿使用生活照。

三、**【保密切結書】**請列印保密切結書後親筆簽名，並掃描回傳。

四、**【健康調查表及體檢結果】**

- 可至經勞動部認可辦理勞工一般體格與健康檢查之醫療機構進行**一般健檢**(網址：http://hrpts.osha.gov.tw/asshp/hrpm1055.aspx)。
- **提醒事項：各家醫院健檢報告結果約需 10-14 個工作天，請務必提前安排健檢。**
- 檢查項目必須包含健康調查表四大項目(如下表)，其餘可依自己需求加驗，本院無補助實(見)習生體檢費用及疫苗接種費用。

項目	說明
胸部 X 光	請提供 3 個月內檢驗結果，異常者提報無傳染性疾病之證明。
B 型肝炎	請提供 B 型肝炎表面抗原(HbsAg)及 B 型肝炎表面抗體(Anti-HBs)檢驗結果，均呈陰性者須檢附疫苗接種證明。
麻疹抗體	1966 年(含)以後出生者，若無 5 年內麻疹抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明。
德國麻疹抗體	1966 年(含)以後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明
水痘抗體	若無 5 年內水痘抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明。

- 請依您的體檢報告填寫健康調查表，並於下方『學生簽章』欄位簽名後，將健康調查表連同體檢報告一起掃描回傳；若您在本院進行體檢，檢查人員逕填健康調查表並核章，則無需檢附體檢報告。
- 疫苗接種資訊可至各縣市政府衛生局官網或醫療院所網站查詢。
- 如醫療院所無開立疫苗接種證明(卡)，請提供收據明細作為佐證，須明列姓名、接種日期及疫苗名稱，並加蓋機構章。
- 請列印健康調查表後親筆簽名，並掃描回傳。請**勿以拍照方式回傳**。

五、【實(見)習期間保險證明】

- 除學生團體(平安)保險外，需投保實習期間之意外傷害險(以投保時教育部所委託臺灣銀行辦理「大專校院校外實習學生團體保險」共同供應契約之保險內容為最低標準)，請於實習報到日前提供投保證明。

醫事類別以外學生實(見)習承辦窗口：創新永續發展中心 張管理師

Email：A5667@tpech.gov.tw

電話：(02)2555-3000#2073

附件 1

臺北市立聯合醫院實(見)習學生報到單

姓名		性別	□ 男 □ 女		照片（請提供1吋證件照）
出生日期	民國 年 月 日	身分證號			
出生地	省(市) 縣(市)	學校科系及年級別			
實/見習院區	院區	實/見習單位			
實/見習期間	自民國 年 月 日起 至民國 年 月 日止	聯絡電話		手機號碼	
戶籍地址					
通訊地址					
家長姓名		聯絡電話			
家長地址					
緊急通知人		聯絡電話			
緊急通知人地址					
備 註	(請填寫 email)				
中 華 民 國 年 月 日					
創新永續發展中心					
單位主管核章					

附件 2

臺北市立聯合醫院保密切結書

立切結書人＿＿＿＿＿＿＿＿自民國＿＿＿＿＿＿＿＿(年月日)起

☐擔任臺北市立聯合醫院員工

☐受＿＿＿＿＿＿＿＿(廠商名稱)委派至臺北市立聯合醫院執行＿＿＿＿＿＿＿＿業務(專案案號及名稱)

■其他 醫事類別以外實習生＿＿＿＿＿＿＿＿(請填載業務內容)

對於業務上所持有、知悉或偶然得知或偶然持有之臺北市立聯合醫院病人之病情、健康資訊、隱私、公務機密或敏感性資訊、程式及其檔案、媒體、院內網頁內容等，願善盡保管及保密之責，不得以口頭、複印、借閱、交付、文章發表、電子郵件、透過網路或他法，散佈或洩漏予其他第三人，並遵守國家機密保護法、個人資料保護法、資通安全管理法、醫療法、電子簽章法、著作權法及檔案法等相關法規以及臺北市立聯合醫院各項公務機密處理規定，保密義務與責任不因立切結書人離職或所執行之專案業務結束而失效。如有違誤，願賠償一切因此所生之損害及相關法律責任。

立切結書人同意本切結書利用電子簽章或電子文件方式交換之電子訊息，其效力與書面簽署或書面文件相同。

立切結書人：

身分證字號：

電　　話：

中華民國＿＿＿＿＿＿＿＿(年月日)

附件 3

臺北市立聯合醫院實、見習人員健康調查表

一、 基本資料: 姓名: 學校:

實習單位		實習期間	___年___月___日~ ___年___月___日
聯絡電話		E-mail	

◎請問您最近**三個月**是否有下列身體不適狀況？

□ 沒有

□ 有，請勾填下表

症狀	症狀出現日期	就醫	醫師診斷	目前症狀說明
發燒		○有○無		
呼吸道症狀 (如流鼻水.咳嗽.喉嚨痛)		○有○無		
腹瀉（每日三次以上）		○有○無		
皮膚紅疹		○有○無		
其他（請說明）		○有○無		

二、 體檢結果:體檢日期: _____年_____月_____日

類別	檢驗結果	疫苗接種與其他
胸部 X 光 (3 個月內)	□正常 □異常	異常者提報無傳染性疾病之證明
流行性感冒	不需檢驗	□有 日期:___年__月__日
	未施打疫苗者，實習期間若值季節性流感期間，除經評估具接種禁忌症而不適合接種之情形外，應配合本院流感防治政策接種流感疫苗。	
B 型肝炎	HBsAg □陽性□陰性 Anti-HBs □陽性□陰性	□有 日期: 年 月 日 □抗體及抗原均為陰性者須檢附疫苗接種證明
麻疹抗體	□陽性 □陰性	□有 日期:___年__月__日
	□1966 年(含)以後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	
德國麻疹抗體	□陽性 □陰性	□有 日期:___年__月__日
	□1966 年(含)以後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	
水痘抗體	□陽性 □陰性	□有 日期:___年__月__日
	□若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	

學生簽章:_____

實習單位簽章: 感染管制室會簽 :