

高雄市立小港醫院(委託財團法人私立高雄醫學大學經營)  
實(見)習人員基本資料表

申請日期： 年 月 日

姓 名		識別證編號 (由本院填寫)	
出生年月日 (yyyy/mm/dd)		身份證字號	
校 名		系別/年級	
實(見)習單位			
實(見)習期間	年 月 日~ 年 月 日, 計 小時/人		
手機號碼		E-mail	
緊急聯絡人 (關係)	( )	緊急聯絡人 電話	(H) (O) 手機號碼:
聯絡地址			
戶籍地址			
實(見)習人員簽名:			
實習 人員 應繳 資料	<input type="checkbox"/> 檢查報告正本: <input type="checkbox"/> 胸部 X 光 <input type="checkbox"/> B 肝抗原 <input type="checkbox"/> B 肝抗體		
	<input type="checkbox"/> 身份證正反面影本(請黏貼於下表) <input type="checkbox"/> 一寸相片一張(請載註姓名並夾附於本表)		
	<input type="checkbox"/> 意外及醫療保險證明影本(請黏貼於下表)(亦可由學校統一檢附保險單及名冊)		
	<input type="checkbox"/> 保密合約書共二份(※若資料修改,請於修改處蓋私章或簽名!)		
<b>身分證正反面影本黏貼處</b>			
身分證正面影本黏貼處 (外籍學生請黏貼中華民國外僑居留證正面)		身分證反面影本黏貼處 (外籍學生請黏貼中華民國外僑居留證反面)	
學生意外及醫療保險證明(卡)正反面影本黏貼處 <input type="checkbox"/> 學校提供			
保險證明正面影本黏貼處		保險證明反面影本黏貼處	

※請於實(見)習報到前1個月完成本表後送予人力資源室※