

# 天主教輔仁大學附設醫院

## 實習/見習生保密切結書

V1.0

2018年12月06日第007次醫學教育委員會訂定

本人(正楷)\_\_\_\_\_自民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至天主教輔仁大學附設醫院實習/見習，若有接觸到 貴院內部資料或病人個人資料及病歷紀錄，會盡保密義務，絕不任意揭露、公開或散布，也絕不在未經當事人(或法定代理人)授權同意下，拍照、錄音或錄影。本人同意遵守「個人資料保護法」、貴院之「全院病歷資料保密規範」及相關法令規定。

本人了解若本人違反保密義務，造成 貴院之損失， 貴院有權依法向本人請求損害賠償，並追溯法律責任。

此致

天主教輔仁大學附設醫院

立同意書人簽名：

身份證字號：

(護照號碼)

戶籍地址：

中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日