高雄醫學大學 **藥學系學生海外實習家長同意書**

本人子弟\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就讀於貴校藥學系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年級，茲同意自民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至民國\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日止，接受安排前往提供實習機會之機構\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，進行海外實習課程。實習期間本人子弟願配合學校有關之實習規定，並願意服從學校輔導老師及實習機構指導人員之教導，如有任何違規或因實習期間各項活動註而有安全上的風險，或任何因工作上之機會，而知悉實習機構之任何案情、秘密，予於洩漏，致造成實習機構損失，同意自負責任與學校無涉。本人子弟願接受校規及相關法規之處罰，本人無異議。

註

1. 海外實習活動不包含於學生團體保險範圍中，因海外醫療花費昂貴，同學應自行購買足額之海外突發醫療險及相關意外保險。
2. 若自行規劃實習單位安排外的行程，必需自行負責相關安全事宜。
3. 本系不保證會有實習隨隊教師。本系合作之海外實習單位皆已通過系上評估。學生實習期間若有任何問題，應主動與系上海外實習負責老師及實習機構指導人員聯絡。

本系今年的實習負責教師為\_\_林英琦\_\_

聯絡方式\_0972755266; yclin@kmu.edu.tw\_\_\_\_\_\_

此 致

學生姓名： 簽 章：

身分證號碼：

聯絡電話：

家長姓名： 簽 章：

身分證號碼：

聯絡電話：

住 址：

中 華 民 國 年 月 日