

# 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 函

地址：80756高雄市三民區自由一路100號  
承辦人：竺立雅  
電話：(07)3121101分機5374#13  
傳真電話：  
電子信箱：1100443@kmuh.org.tw

受文者：中國醫藥大學

發文日期：中華民國113年9月9日  
發文字號：高醫附教字第1130105562號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：普通  
附件：如說明九

主旨：有關貴校物理治療學系學生 [REDACTED] 等3人申請本醫院復健部實習一案，敬表同意，請查照。

說明：

- 一、復貴校113年6月19日明校字第1130009088號號函。
- 二、實習日期/姓名：
  - (一)第1梯：113年7月15日至113年11月15日， [REDACTED]、 [REDACTED]。
  - (二)第2梯：113年11月25日至114年4月4日， [REDACTED]。
- 三、實習費用：本案每人新臺幣 [REDACTED] 元整，費用請至本醫院出納組繳納(支票、郵局匯票、現金皆可，支票或郵局匯票抬頭請寫：高雄醫學大學附設中和紀念醫院)，若以郵寄方式繳付時，請註記學校名稱、系別、年級、實習人數及本醫院實習單位以利查核。
- 四、學生實習前2-4週須繳交的資料，未如期完成資料繳交者，則歉難同意本次實習：
  - (一)學生基本資料電子檔(依本醫院格式)。
  - (二)實習人員基本資料表(依本醫院格式)。
  - (三)1吋正面彩色脫帽照片1張。
  - (四)體檢報告：
    - 1、3個月內胸部X光檢查，若報告有異常，應檢附診斷證明為非活動性肺結核。

2、3年內B肝表面抗原(HBsAg)、抗體(anti-HBsAg)檢查報告，若檢查結果抗原及抗體皆屬陰性者，建議請自行自費接種B肝疫苗。

3、5年內麻疹IgG抗體、德國麻疹IgG抗體檢查報告，若檢查結果呈現陰性或弱陽性者，需提供至少一劑15年內MMR疫苗施打證明；具有1劑15年內MMR疫苗施打證明者，麻疹及德國麻疹抗體得免驗。

(五)實(見)習生保密合約書1式2份(依本醫院格式)。

(六)「學生意外及醫療保險」影本交由本醫院存查。

五、須依本醫院格式之表單下載路徑如下：本醫院臨床教育訓練部網頁→代訓實習→外校學生實習申請→申請說明及相關表單。

六、請學生實習期間須具備有效期BLS(基本救命術)且證書放置識別證件套內。

七、實習前及實習期間需配合本醫院COVID-19防疫相關規範。

八、實習首日上午8時整至南棟大樓1樓復健部門診區報到。

九、檢附貴校學生之實習合約書1式2份。

正本：

副本：