

中國醫藥大學物理治療學系\_\_\_\_\_學年度 實習時數確認書

實習生姓名			實習生學號		
	基本項目				選修項目
實習醫院	骨骼肌肉系統 實習時數	神經系統 實習時數	呼吸循環 實習時數	小兒 實習時數	其他 (_____)
各科時數小計					
實習總時數	_____小時				
實習場所	<input type="checkbox"/> 確認至少 18 週 (720 小時) 物理治療實習單位為衛生福利部認定之教學醫院				

※ 根據考試院公佈之物理治療師應考資格規定，報考實習內涵及最低時數為：

基本項目：骨骼肌肉系統物理治療 240 小時、神經系統物理治療 240 小時、呼吸循環系統物理治療/小兒物理治療 240 小時；

選修項目：720 小時；實習總時數：1440 小時。

本人確認選填之實習醫院及各實習項目與時數，已符合報考國家考試最低標準。

本人簽名：\_\_\_\_\_

## 中國醫藥大學物理治療學系\_\_\_\_\_學年度實習 個人資料提供同意書

※ 本校蒐集您的個人資料在「個人資料保護法」與相關法令之規範下，蒐集、處理及利用或傳輸您的個人資料。

※ 本告知聲明依據個人資料保護法第八條之規定，於蒐集您的個人資料時進行法定告知義務。

一、機構名稱：中國醫藥大學

二、蒐集單位：物理治療學系

三、蒐集個人資料之目的：本系辦理臨床實習(三)~(八)等相關作業為特定之目的。

四、蒐集之個人資料類別：

C001辨識個人者、C011個人描述、C051學校紀錄、C088保險細節、C111健康紀錄、C132未分類之資料。

五、個人資料利用期間、對象及方式：

(1) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、本校執行業務所必須之保存期間或依相關法令就資料之保存所訂保存年限。

(2) 對象：中國醫藥大學物理治療學系所認定之實習機構、單位、場所。

(3) 方式：將以紙本、電子或其他適當方式利用您的個人資料。

六、您可依個資法第3條規定，就您的個人資料行使以下權力：

(1) 請求查詢或閱覽、(2) 製給複製本(依法酌收合理費用)、(3) 請求補充或更正、(4) 請求停止蒐集、處理及利用、(5) 請求刪除。

惟依相關法令規定、契約約定或本校因執行業務必須者，得不依您請求為之，本單位得拒絕之。但因您行使上述權利，而導致權益受損時，本校將不負相關賠償責任。

若有上述需求，請與物理治療學系聯繫（聯絡電話：04-22053366 轉 7301；電子信箱：aca70@mail.cmu.edu.tw）。

七、您可以選擇拒絕向本校提供個人資料，但您可能因此喪失您的相關權益：

(1) 若您拒絕提供個人資料，本校將無法提供相關服務，亦可能無法維護您的權益。

(2) 請依各項服務需求提供您正確、最新及完整的個人資料。

(3) 若您提供錯誤、過時、不完整或具誤導性的資料，而損及您的相關權益，本校將不負相關賠償責任。

八、同意書之效力：

(1) 本同意書生效於資料登錄日當天起算。

(2) 若您未滿二十歲，應於您的法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。若您勾選[我已閱讀並接受上述同意書內容]，則視為您已取得法定代理人之同意。

※本同意書如有未盡事宜，依個人資料保護法或其他相關法規之規定辦理※

我已閱讀並接受上述同意書內容

立 同 意 書 人：\_\_\_\_\_ 同意人身分證字號(後4碼)：\_\_\_\_\_ 同 意 書 日 期：\_\_\_\_\_