

◆ 已施打 COVID-19 疫苗 是： <input type="checkbox"/> 第一劑 <input type="checkbox"/> 第二劑 <input type="checkbox"/> 第三劑 否 <input type="checkbox"/>								
姓名	性別			<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女 <input type="checkbox"/> 其他		血型	黏貼照片 一寸半身	
出生年月日	年	月	日	身份證字號				
學歷	目前就讀學校			年級別				
健康狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 患有疾病(請說明)：							
通訊住址								
聯絡電話	住宅：()			手機：				
監護人資料	監護人姓名：		關係：		監護人聯絡電話：			
	監護人身份證字號：							
家庭成員								
姓名	稱謂	年齡	職業	姓名	稱謂	年齡	職業	
本人(學生志工)已詳讀招募簡章之內容，願遵守志願服務規範及倫理。 <div style="text-align: right;">報名者簽名：</div> 本人(監護人)同意子女參與豐醫暑期志工服務，並會協助督促其遵守服務規範及倫理。 <div style="text-align: right;">監護人簽名：</div> <input type="checkbox"/> 本院員工之眷屬(服務單位：_____聯絡分機：_____)								
學生證正反面影本								



志工個人資料授權同意書暨保密切結

一、個人資料蒐集、處理、使用

同意本院基於承辦志願服務相關目的、醫療、照護服務或特定目時，使用、蒐集及調查個人資料保護法所定義之志工個人資料。

志工所提供之個人資料，將以紙本或電子檔型式分別保管於本院社工室；有期限別之資料以保存最近3年內者為主，其餘則予銷毀；未獲錄取或離隊逾半年，所有資料即銷毀。

二、資料保密切結

本人於衛生福利部豐原醫院進行志願服務期間，若因服務需要所知悉、持有或偶然得知或持有之各種形式之病人個人資料或隱私及公務機密資料等，均負有絕對保密義務，不得無故揭露、公開、散布、損毀或攜出院外；並同意遵守「個人資料保護法」、「著作權法」、「醫療法」及醫療專業人員業務保密暨各項公務機密維護規定，如有違誤願負法律上責任，離隊後亦同。

當您簽署本同意書時，表示已閱讀、瞭解相關規定並同意無條件提供您的個人資料及本院對您個人資料的處理、利用及保管方式。

立同意書人：（ 志工本人親筆簽名 ）

身分證統一編號：

戶籍地址：

中華民國 年 月 日