



高雄醫學大學附設中和紀念醫院臨時識別證申請單

申請原則：

- 1、工作單位固定，有主負責人管理（即直屬管理人）。
- 2、請詳填下列基本資料並檢附身分證影本（身分證明文件）乙份、兩吋脫帽彩色相片乙張。
- 3、若工作內容涉及病人照護、衛教等醫療行為或醫療資訊系統使用者，請以『簽呈』方式申請。(請附上核准之簽呈)，並需配合院內規定完成線上教育課程及取得急救證照。
- 4、本識別證僅供臨時使用，效期申請最長至該年度 12 月底（需展延者請再填具申請單並再繳納工本費 100 元）。
- 5、申請臨時證別證應繳納工本費 100 元，凡遺失者須申請報失、應繳納工本費 200 元，及另具切結遺失書。任務結束請將識別證交回人力資源室；自離院後出示本證件，視為偽造，自行負法律責任。
- 6、單位主管應監督管理責任，不得違反院規，違反院規得立即收回識別證。

| 申請人 | 性別 | 身分證字號 | 出生年月日 | 地址 | | 聯絡電話 |
|-----|--|-------|-------|--------------|--------|---|
| | | | | 電子信箱 | | |
| | | | | | | |
| 職稱 | 工作內容 | | 工作地點 | 勞、健保 投保單位 | 薪資給付單位 | 申請期間 |
| | <input type="checkbox"/> 研究(需附 IRB 授權書) <input type="checkbox"/> 臨床(需附核准簽呈) <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 主要工作職責說明： 使用資訊系統： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 體系病歷查詢 <input type="checkbox"/> 其他，請附上系統列表、用途說明 * 請確實填寫，若有不實將依院方規定處理。 | | | | | 年 月 日 至 年 月 日 |

申請人： 直屬管理人： 業管單位主管： 人力資源室： **資訊室：** 院長室：

出納組繳納收訖章：

申請人(領證簽章)：

臨時識別證資料檢附

身分證正反面影本與照片

| | |
|--------------|--------------|
| 身分證影本黏貼處(正面) | 身分證影本黏貼處(反面) |
| 照片黏貼處 | |

臨時識別證資料清單

申請人自行核對資料並打勾

| <input type="checkbox"/> 第一次申請 (不需執登) | <input type="checkbox"/> 第一次申請 (需執登/使用系統) | <input type="checkbox"/> 展延申請 (不需執登) | <input type="checkbox"/> 展延申請 (需執登/使用系統) |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 申請單 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 照片 <input type="checkbox"/> 保密合約 <input type="checkbox"/> 個人資料蒐集告之條款及同意書 <input type="checkbox"/> 切結書 | <input type="checkbox"/> 申請單 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 照片 <input type="checkbox"/> 保密合約 <input type="checkbox"/> 個人資料蒐集告之條款及同意書 <input type="checkbox"/> 切結書 <input type="checkbox"/> 執登核准簽呈 <input type="checkbox"/> 畢業證書影本與學歷查驗回覆單 | <input type="checkbox"/> 申請單 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 照片 | <input type="checkbox"/> 申請單 <input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 照片 <input type="checkbox"/> 執登核准簽呈 |

申請人簽名: _____

切結書

計畫名稱：

，本人為該計畫主持人，茲保證該計畫經費所僱用之所有

研究助理(含專任助理、兼任助理及臨時工等助理人員)均非本計畫主持人、共同主持人或相關各級主管等之配偶或三親等以內血親、姻親，若有違法情事者，依本院員工獎懲辦法規定辦理。

此致

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

立切結書人：

(簽章)

身分證字號：

單位：

職稱：

中華民國 年 月 日

保密合約

一、茲緣由 _____ (以下簡稱甲方)
_____ (以下簡稱乙方) 與 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 (以下簡稱丙方) 醫療合作 甲方、乙方對丙方所提供資料負有保密義務及遵守個人資料保護法，雙方特立本契約，以資遵循。

二、甲方、乙方就合於下列或其他情形之資訊，對丙方負有保密義務；

1. 所有與業務有關之討論內容、文件、紀錄、圖片、手稿、程式、計畫、資料庫與其他相關資料，如病患基本資料、就醫紀錄等，包括且不限於以文字、聲音、影像、軟體等形式紀錄者。
2. 丙方以書面或口頭表示，應加保密者。
3. 丙方指定僅供特定人聽閱或利用者。
4. 尚未公開於大眾週知或他人無法依正當合法途徑探知者。

三、對於前條所定之資訊，非經丙方事前以書面同意，甲方、乙方不得為下列行為：

1. 提供、交付、洩露或以任何方式或因任何原因而移轉予第三者。
2. 擅自使用於非丙方所指定或委託之工作內容。
3. 擅自拷貝、照相或以其他方法複製全部或部分內容。
4. 以任何方式提供第三人使用或參考。

四、甲方、乙方於丙方場所內得與其他第三人討論或交流相關資訊，如因此而獲之丙方之機密資料之時，甲方應負保密義務。

五、甲方、乙方應依本契約之約定遵守保密義務及個人資料保護法，且不因本合約終止而失效。

六、甲方若違法本契約之約定而損害丙方，丙方得請求損害賠償，甲方、乙方並同意擔負所有相關法律責任。

七、本合約之效力與其釋義應遵循中華民國相關法律。本合約所衍生之爭議與訴訟，應以高雄地方法院為第一審管轄法院。

八、本契約壹式三份，由甲、乙、丙方各執乙份為憑。

九、立約人已審閱本合約全部條款內容，茲承諾並簽章如下：

甲 方： _____ (簽名或蓋章)
職 稱： _____
戶籍地址： _____
身份證字號： _____

乙 方： _____
代 表 人： _____
通 訊 地 址： _____
電 話： _____

丙 方： 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
代 表 人： 王 照 元
通 訊 地 址： 高雄市三民區自由一路 100 號
電 話： (07)3121101

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 個人資料蒐集告知條款及同意書

依個人資料保護法之相關規定，將對您個人資料進行蒐集、處理或利用，依法告知您以下事項，為保障您的權益，請詳細閱讀本同意書所有內容。當您簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容及其後修改變更規定。規範詳述如下：

- 一、蒐集目的：進行人事管理，包括但不限於任用審核、醫療支援報備、醫院評鑑暨查核、建教合作、薪資管理、績效考核、退休、訓練及發展計畫、安全衛生、門禁管制、申訴、醫療、保險、福利措施、建立人力資源管理系統及內部統計調查與分析等事項。
- 二、蒐集個人資料類別及範圍：
C001 辨識個人者(如姓名、職稱、工作地址、通訊及戶籍地址、住家及行動電話、E-mail、相片等)；C002 辨識財務者(如金融帳戶等)；C003 政府資料中之辨識者(如身分證統一編號、證照號碼、護照號碼、居留證號等)；C011 個人描述(如年齡、性別、出生年月日、國籍、籍貫、出生地等)；C012 身體描述(如身高、體重、血型等)；C014 個性；C021 家庭情形；C023 家庭其他成員之細節；C031 住家及設施(如住所地址等)；C033 移民情形(如工作許可及居留證明文件等)；C035 休閒活動及興趣；C038 職業；C039 執照或其他許可；C051 學校紀錄；C052 資格或技術；C053 職業團體會員資格；C054 職業專長；C055 委員會之會員資格；C056 著作；C057 學生(員)紀錄(如成績等)；C061 現行之受僱情形；C062 僱用經過；C063 離職經過；C064 工作經驗；C065 工作、差勤紀錄；C066 健康與安全紀錄；C067 工會及員工之會員資格；C068 薪資與預扣款；C069 受僱人所持有之財產(如交付予受僱人之工具或其他設備等)；C070 工作管理之細節；C071 工作之評估細節；C072 受訓紀錄；C073 安全細節(如授權等級等)；C087 津貼、福利、贈款；C088 保險細節；C089 社會保險給付及其他退休給付；C111 健康紀錄；C113 種族或血統來源；C114 交通違規之確定裁判及行政處分；C115 其他裁判及行政處分；C116 犯罪嫌疑資料；C120 宗教信仰；C131 書面文件之檢索；C132 未分類之資料。
- 三、個人資料利用之期間及地區：在本校院務所及地區(含中華民國境內及未受主管機關禁止國際傳輸之境外地區)和本校院務存續期間，但依法令或法定職務得利用者，皆不在此限。
- 四、個人資料之利用方式及對象：
 1. 利用您的個人資料於本校院於各項業務執行，包括因業務執行必須進行之各項聯繫及通知、各項公文書函、作業文書登載要求、計劃管理考核所需之人員基本資料提供及對外部單位或對政府機關提供業務執行及聯繫必須之人員資料提供。
 2. 利用您的個人資料於本校院內部各項管理所需之登記及聯繫方式登載，包括各項資訊服務所需進行之個人聯繫資料登記，因業務需求所必需之內部通訊錄及緊急聯絡名單之建立。
 3. 利用您的個人資料於本校院內部各項人事行政管理、員工福利提供、保險或健康檢查、薪資酬勞發放或其他會計作業等必需之登記及申報事項。
 4. 利用您的個人資料於政府機關、目的事業主管機關依其法定職掌以正式函文調閱時。
 5. 利用您的個人資料於本校院辦理之團體活動或內部員工自發性團體活動所需要之人員資料提供，包括因辦理保險、活動聯繫等或其他需以人員資料進行之登記等需求。
 6. 利用於本校院內部之申訴處理及相關人員權益及福利協調作業。
- 五、個人資料之權利及權益：您依法得行使個人資料保護法第3條之個人權利，但因本校院執行職務或業務所必須者，本校院得拒絕之。權利之行使方式請洽本校院各單位聯絡窗口。若因您行使上述權利，而導致權益受損時，本校院將不負相關賠償責任。
- 六、若您的個人資料有任何異動，請主動向本校院申請更正，使其保持正確、最新及完整。若您提供錯誤、不實、過時或不完整或具誤導性的資料，將會損及您於本校院之各項權益。
- 七、您瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本校院蒐集、處理及使用您的個人資料之效果，且同意本校院留存此同意書，供日後取出查驗。
- 八、本校院保留隨時修改本同意書規範之權利，本校院將於修改規範時，將於本校院網頁公告修改之事實，不另作個別通知。如果您不同意修改的內容，請主動通知本校院，否則將視為您已同意並接受本規範該等增訂或修改內容之拘束。
- 九、本同意書之解釋與適用，以及本同意書有關之爭議，均應依照中華民國法律予以處理，並以台灣高雄地方法院為第一審管轄法院。

本人已詳細閱讀上列告知事項且完全明瞭其內容

立同意書人：_____ (簽章)

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

學歷查驗回覆單

學校名稱：

| NO. | 姓名 | 身分證號 (居留證號) | 科系 | 學制 | 畢業 年月 | 機構驗證結果 | 備註 說明 |
|---|-----|----------------|-----|----|----------|---|----------|
| 範例 | 王小明 | A123456789 | 醫學系 | 6年 | 106.06 | <input checked="" type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 不相符 | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 年代久遠無法查證 <input type="checkbox"/> 非本校畢業生 <input type="checkbox"/> 修正後相符(請於備註說明) | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 相符 <input type="checkbox"/> 年代久遠無法查證 <input type="checkbox"/> 非本校畢業生 <input type="checkbox"/> 修正後相符(請於備註說明) | |
| 驗證人員簽章： 連絡電話： 驗證日期： | | | | | | 驗證單位用印： | |
| <p>說明：本院為符合 JCI 國際醫院評鑑標準，提供病患安全有保障的醫療服務，擬於聘用人員前，需針對聘用人之學歷進行查證，懇請貴單位協助查驗確認，並予以回覆，謝謝！</p> <p>備註：敬請查驗後於學歷查驗回覆單註明查證結果並加蓋驗證單位印信及驗證人簽章後，將正本寄回本院或傳真或掃描後回覆人資室許筑晴小姐（免備文），謝謝您！</p> <p>查驗承辦人：許筑晴/沈玟君 連絡電話：07-3121101 分機 5288/5389 聯絡地址：高雄市三民區自由一路 100 號啟川大樓六樓人資室 E-mail：1040235@ms.kmuh.org.tw 傳真：07-3219449</p> | | | | | | | |



| 同意查驗資料授權書 | | | | |
|---|-------|--|----------------------------|--|
| 姓名 | 身分證字號 | | 連絡電話 | |
| 本人因應徵高雄醫學大學附設中和紀念醫院之相關職務，茲同意授權於該院得以查驗本人現在或過去之經歷資料之正確性。該院得以將本人之個人資料進行蒐集、處理或利用，作為徵才評估之用，並同意授權上述機構(人員)得揭露或提供與本人相關資料予以該院。 | | | | |
| 填表人： | | | 填表日期： 年 月 日 | |