

台大醫院 115 學年度口腔醫學部實習醫師登記表

115 年 5 月 日

員工代號(必填)		工作編號(教學部填寫)		請貼 2 吋 照片
中文姓名				
英文姓名 (請與護照相同)				
身分證字號 (僑生請填居留證號)				
出生日期	年	月	日	學校名稱：
郵遞區號(必填)				
聯絡地址 (請詳細填寫)	縣(市)	鄉(鎮區)	村(里)	學系別： <input checked="" type="checkbox"/> 牙醫學系六年級
	鄰	路(街)	段 巷	
	弄	號(樓)		
聯絡電話		手機：		是否完成線上基本課程 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E-MAIL(最常用)				
緊急聯絡人	姓名：	關係：		
	電話：			
	地址：			
合作金庫帳號 (13 碼)				
實習期間	自 115 年 05 月 18 日起至 116 年 05 月 16 日止			
<p>本人已知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」，並願意遵守有關規定且檢附相關檢驗證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)</p> <p><input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)</p> <p><input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-)，已施打疫苗，另需檢附疫苗施打紀錄。</p> <p>已繳交胸部 X 光檢查報告單 <input checked="" type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>安衛室核章：</p>				