

高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系
海外見習家長同意書

本人_____同意子弟：牙醫學系五年級，學號_____
姓名_____參加高雄醫學大學牙醫學系辦理之「海外見習甄選」，並同意
獲選後謹遵下列規定事項：

- 一、 本人同意擔保本人子弟於出國研習期間，遵守所見習之高醫國際姊妹校或國際合作學校(含附設機構)以及其所屬當地國之一切法律及相關規定，絕不做任何有損學校及見習機構名譽之行為，且不得涉及不法或危險場所。
- 二、 經正式錄取後，若非不可抗拒之因素，不得以任何理由放棄或中斷見習。
- 三、 本人及本人子弟充分了解新型冠狀病毒(COVID-19)於全球蔓延可能造成的風險，並保證遵守出國研習期間國內外所有防疫規定及其衍生之相關費用。
- 四、 本人已自行斟酌當地之醫療風險費用，自行自費辦理醫療保險。

此致
高雄醫學大學口腔醫學院牙醫學系

學生家長/監護人： (簽章)

聯絡電話(手機)：

學 生： (簽章)

聯絡電話(手機)：

備註：本同意書確實經由家長或監護人同意並親自簽章，如有偽冒，願接受校規處分並自行負責法律責任。

中 華 民 國 1 1 1 年 月 日