**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 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：

1. 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，絕不做出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。
2. 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。
3. 本人及本人子弟充分了解新型冠狀病毒(COVID-19)等傳染病於全球蔓延可能

 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。

1. 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 年 月 日