## 緊急事件授權同意書

本人為樹德科技大學 (系/所)學生，姓名 學號 。

家長(法定代理人或法定監護人)︰ (請填寫正楷姓名) 於本人就讀貴校期間，若需施以緊急醫療救護時：

□同意 授權樹德科技大學相關人員代為簽署住院及手術同意書。

□不同意 授權樹德科技大學相關人員代為簽署住院及手術同意書。

完成簽署後，視為本人願意承擔一切責任。但，本人簽署時尚未滿20歲，則視為家長(法定代理人/法定監護人)願意承擔一切責任。

此致 樹德科技大學

立同意書人： 　　　（簽名）

家長(法定代理人或法定監護人) ： 　　　（簽名）

立同意書人電話號碼：

在臺聯絡人(選擇性填寫)：

緊急聯絡電話(選擇性填寫)：

年 月 日

貴家長臺鑒：

顧及學生之健康照護， 貴子弟來臺就學期間，若需接受緊急醫療，臺灣地區醫院將會要求 貴家長簽署住院及手術等醫療同意書，方能進行醫療；如 貴家長不克即時前來處理，請授權樹德科技大學代為簽署醫療同意書。

事關 貴子弟之權益，本校尊重 貴家長之意見，請 貴家長務必簽署本緊 急醫療授權同意書，俾便樹德科技大學憑此同意書，代為處理 貴子弟緊急醫療需要，以釐清責任歸屬。耑此，順頌

臺安

樹德科技大學 敬啟